|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA:  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | | | HORA INICIAL: | | | HORA FINAL: | |
| IDENTIFICACIÓN EQUIPO: | | | | | | | |
| ESCALERA EXTENSIBLE |  | ANDAMIO/PLATAFORMA | |  | ANDAMIO/SELLETA COLGANTE | |  |

|  |
| --- |
| **SECTOR, AREA, LUGAR Y DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO** | | | |
| N° | NOMBRE DEL TRABAJADOR | N° IDENTIFICACIÓN | LABOR A REALIZAR |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFIQUE LOS PELIGROS** | | | | | |
| Gases Tóxicos |  | Deficiencia de Oxigeno |  | Caída de objetos |  |
| Sustancias Tóxicas |  | Mal tiempo |  | Caída / altura |  |
| Gases Inflamables |  | Superficies de terreno irregular |  | Líneas energizadas |  |
| Agresión de Animales |  | Derrames |  | Altas temperaturas |  |
| Virus, hongos y bacterias |  | Derrumbes |  | Ruido |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPOS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD NECESARIOS** | | | | | |
| Cascos |  | Guantes de nitrilo |  | Impermeable |  |
| Monógafas de seguridad |  | Guantes de cuero |  | Botas pantaneras |  |
| Protección respiratoria |  | Protección auditiva |  | Botas de seguridad |  |
| Overol o camisa / jeans |  | Arnés para el cuerpo |  | Chaleco reflexivo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar? |  |  |  |
| ¿Se ha revisado si hay presencia de tuberías y cableado de cualquier tipo? |  |  |  |
| ¿El exposímetro reporta un ambiente correcto? |  |  |  |
| ¿El área esta libre de gases, presión, sustancias calientes, toxicas e inflamables? |  |  |  |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? |  |  |  |
| ¿Se ha instalado la necesaria ventilación forzada? |  |  |  |
| ¿Área de trabajo ha dispuesto de un extintor? |  |  |  |
| ¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal? |  |  |  |
| ¿Los equipos y/o herramientas se encuentran revisados y en buen estado? |  |  |  |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para carga objetos y otros materiales de trabajo? |  |  |  |
| ¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad y ha sido conectado a una línea de vida? |  |  |  |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante este trabajo? |  |  |  |
| ¿Se ha dispuesto de un trabajador en la superficie, para que apoye en caso de emergencia? |  |  |  |
| ¿El área de trabajo se ha delimitado y aislado convenientemente? |  |  |  |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad? |  |  |  |
| ¿Luego de terminar el trabajo, se ha revisado que tanto el equipo utilizado como el área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO** | | | |
| **RESPONSABLES** | **APELLIDO Y NOMBRE** | **FIRMA** | **HORA** |
| Del Área |  |  |  |
| Del Trabajo |  |  |  |
| Salud Ocupacional |  |  |  |
| Del Contratista |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIERRE DEL PERMISO** | | |
| Entrega Resp. del Trabajo:  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Recibe Resp. del Área:  Firma:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Área de Salud ocupacional:  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |