|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |