

		PERMISO DE EXCAVACIONES		Versión: 01	
--	--	-------------------------	--	-------------	--

Nº PETAR:

EMPRESA:		Fecha:		Turno:	Inicio:	Fin:
----------	--	--------	--	--------	---------	------

1. Este permiso sólo es valido por el tiempo especificado (Como máximo una semana).
autorización.

2. Este permiso carece de validez sin las firmas de

3. No se debe iniciar ningún trabajo sin haber cumplido todos los requisitos del Permiso de Trabajo

4. El original del Permiso de Trabajo debe estar en el lugar de

Área de Trabajo		Profundidad máxima de excavación (m)	
Lugar		Dimensiones excavación (largo x ancho) (m)	
Descripción del Trabajo	Otros Permisos:		
Nº TRABAJADORES :		Nº ATS :	
		En Caliente	<input type="checkbox"/>
		En Altura	<input type="checkbox"/>
		Espacio Confinado	<input type="checkbox"/>
		Izaje de Cargas	<input type="checkbox"/>

PELIGROS POTENCIALES identificados en la Reunión Previa al Trabajo	Caída de material	<input type="checkbox"/>	Tráfico vehicular	<input type="checkbox"/>	Talud Inadecuado	<input type="checkbox"/>	Cables eléctricos	<input type="checkbox"/>	Tubería enterrada	<input type="checkbox"/>
	Derrumbes	<input type="checkbox"/>	Gases tóxicos	<input type="checkbox"/>	Atmósfera explosiva	<input type="checkbox"/>	Profundidad	<input type="checkbox"/>	Maquinaria	<input type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____									

MARQUE CON UNA X EL ELEMENTO O EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO PARA LA TAREA.

Casco de Seguridad ☐ Calzado punta acero ☐ Protección Visual / Máscara Facial ☐ Protección Respiratoria ☐ Guantes de cuero ☐ Protección Metatarsal ☐ Protección Auditiva ☐ Detector de interferencias ☐

Barbiquejo ☐ Otros ☐ Especificar: _____

TIPO DE SUELO	Suelo A (Rocoso)		Suelo B (Arcilloso)		Suelo C (Arenoso)		(Marque con un aspa)
---------------	------------------	--	---------------------	--	-------------------	--	----------------------

DURACIÓN MAXIMA DEL PERMISO: UNA SEMANA

FECHA INICIO:

FECHA DE VENCIMIENTO:

CONSIDERACIONES ANTES DE INICIAR LA EXCAVACION

1 ¿Se revisaron los planos existentes del lugar de trabajo? (adjuntar todos los planos al Permiso) ☐ N/A ☐ S ☐ N

2 ¿Se identificaron y señalizaron las tuberías, cables u otros peligros enterrados? ☐ N/A ☐ S ☐ N

3 ¿Se conoce la inclinación necesaria del talud según el tipo de terreno y profundidad de la excavación? ☐ N/A ☐ S ☐ N

4 En caso sea necesario dejar fuera de servicio alguna instalación, ¿Se comunicó a los responsables del área respectiva? ☐ N/A ☐ S ☐ N

5 ¿Se informó a los usuarios del terreno el lugar de la excavación? ☐ N/A ☐ S ☐ N

6 ¿Se designó un guía para la excavación con máquina? ¿Cuenta con los implementos necesarios? ☐ N/A ☐ S ☐ N

APERTURA PERMISO (CONTRATISTA)

Cargo	Apellidos y Nombres	Firma
Ejecutante		
Autorizante		
SSTMA		

VERIFICACION DIARIA DE LA EXCAVACION (marque un recuadro con SI, NO o NA diariamente)

1	¿Se restringió con malla el acceso a la excavación?, ¿Cuentan con señalización (carteles) instalados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Se requieren de la presencia de un Observador de peligros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Se informó a otras empresas contratistas que comparten el área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Se requiere colocar barricada o protección contra caídas alrededor de la excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Se realizó un ATS? ¿Se difundió entre todo el personal? (Adjuntar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Se identificaron y revisaron los procedimientos de rescate y emergencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Se cuenta con escaleras de ingreso / salida de la excavación cada 7 m?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Se identificaron los trabajos contiguos al lugar de trabajo que puedan resultar peligrosos para los integrantes del equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Cuenta el operador de la maquinaria con la Licencia Interna emitida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Se requiere instalar entibados o apuntalamientos al interior de la excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Se han adecuado rutas de escape para casos de emergencia? ¿Están libres de obstáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Es segura la zona de acopio de material? ¿Está alejada al menos a la mitad de la profundidad de la excavación pero no a menos de 1 metro de distancia del borde?. Está a:..... m del borde de la excavación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Se observaron grietas o filtraciones en las paredes interiores o del piso de la excavación o trinchera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Las vibraciones de equipos o de tráfico se producen demasiado cerca de las operaciones de zanjado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FINALIZACIÓN DEL TRABAJO

1	¿Ha finalizado el trabajo?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
2	En caso de que el trabajo esté incompleto ¿Qué tareas quedan pendientes?	
3	¿Existió alguna observación importante durante la realización del trabajo?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Especificar: _____

OBSERVACIÓN

CIERRE PERMISO (CONTRATISTA)

Cargo	Apellidos y Nombres	Firma
Ejecutante		
Autorizante		
SSOMA		

		PERMISO ESCRITO PARA TRABAJO DE ALTO RIESGO (PETAR)		Versión: 01	
		MOVIMIENTO DE MAQUINARIAS PESADAS			
EMPRESA:		Fecha:		Turno de Trabajo	HORA INICIO: FINAL:

1. Este permiso sólo es valido por el tiempo especificado (La duración no excederá 1 turno de trabajo).
2. De cambiar las Condiciones de Trabajo, se deberá emitir un nuevo permiso.
3. No se debe iniciar ningún trabajo sin haber cumplido todos los requisitos del Permiso de Trabajo
4. El original del Permiso de Trabajo debe estar en el lugar de trabajo.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO															
LUGAR															
PELIGROS POTENCIALES identificados en la Reunión Previa al Trabajo	Terreno inclinado	<input type="checkbox"/>	Terreno cerca a talud	<input type="checkbox"/>	Caida a desnivel	<input type="checkbox"/>	Inestabilidad del terreno	<input type="checkbox"/>	Movimiento de maquinarias	<input type="checkbox"/>					
	Compactación de Terreno	<input type="checkbox"/>	Polvo	<input type="checkbox"/>	Condiciones Climaticas	<input type="checkbox"/>	Nivelacion de terreno	<input type="checkbox"/>	Ruido	<input type="checkbox"/>	Poca Visibilidad	<input type="checkbox"/>			
	Otros:														
DURACIÓN: UN TURNO DE TRABAJO.		HORA EMISION: __: __		HORA DE VENCIMIENTO DEL PERMISO: __: __											
PLANIFICACIÓN (en caso de una respuesta negativa no se podrá iniciar el trabajo)						ÁREA DE TRABAJO (en caso de una respuesta negativa no se podrá iniciar el trabajo)									
1	¿Se planificó el trabajo de manera de identificar y controlar todos los riesgos relacionados con la tarea? Adjuntar ATS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	¿Se verificó que la estabilidad del suelo es adecuada para la tarea?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Se inspeccionó los equipos de maquinaria pesada para asegurar que están libres de defectos que puedan provocar un accidente?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	¿Se tomaron las precauciones necesarias para asegurar que no se están realizando otros trabajos que puedan ser peligrosos para las personas involucradas en esta tarea?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Los operadores de equipos comprenden claramente las prácticas aceptables para el trabajo?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	¿Se señaló el area de trabajo para advertir el peligro a otras personas?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Se verificó que la maquinaria esté inspeccionada y certificada? Adjuntar Preuso y Certificación				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	¿Se inspeccionó la zona de trabajo para asegurar que los peligros potenciales identificados han sido controlados?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Se verificó la capacitación y competencia del operador del equipo?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	¿Se requiere que a nivel del piso haya un vigia competente?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Los operadores de equipos comprenden claramente las prácticas aceptables para el trabajo?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	¿Se identificaron y revisaron los procedimientos?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARQUE CON UNA "X" EL ELEMENTO O EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO															

MARQUE CON UNA X EL ELEMENTO O EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO PARA LA TAREA.

Casco de Seguridad☐

Botas de Seguridad☐

Lentes☐

Equipo de Protección☐

Guantes☐

Barbiquejo☐

Otros (especificar) ☐

APERTURA DE TRABAJO		
Cargo	Apellidos y Nombres	Firma
Supervisor Ejecutante		
Supervisor Autorizante		
Supervisor ssoma		
FINALIZACIÓN DEL TRABAJO		
1	¿Ha finalizado el trabajo?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
2	En caso de que el trabajo esté incompleto ¿Qué tareas quedan pendientes?	
3	¿Existió alguna observación importante durante la realización del trabajo?	
OBSERVACIÓN		
CIERRE PERMISO (CONTRATISTA)		
Cargo	Apellidos y Nombres	Firma
Ejecutante		
Autorizante		
SSOMA		

TRABAJO :

UBICACIÓN :

CONTRATISTA :

FECHA:

HORA INICIO :

HORA FINAL :

USUARIO:

- INSTRUCCIONES**
1. Antes de completar este formato, como referencia lea el Procedimiento para Trabajos de Alto Riesgo (sección Trabajos en Caliente)
 2. El PETAR original debe permanecer en el área de trabajo.
 3. Esta autorización es válida solo para el turno y fecha de indicados.
 4. En caso de responder N/A a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES.
 5. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, esta autorización NO PROCEDE

CORRECTO	<input checked="" type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	------------	-------------------------------------	-----------	-------------------------------------

1- LISTA DE VERIFICACIÓN:

	Verificación	Observaciones
1	¿Se cuenta con un Observador Contra Incendios?	
2	¿Se retiró o protegió en un radio de 20 m. todo peligro de incendio o explosión (materiales combustibles, pinturas, aceites, grasas, solventes, gases comprimidos, otros)? En caso de proteger especificar los controles en OBSERVACIONES	
3	¿Se cuenta con un extintor operativo ubicado a 2 m como máximo del área de trabajo?	
4	¿Se ha verificado que los tanques, cisternas, recipientes o tuberías que hayan contenido combustibles o líquidos inflamables se encuentren vacíos, purgados, ventilados y lavados adecuadamente? Asimismo, ¿se ha verificado la ausencia de gases o vapores inflamables antes de empezar el trabajo?	
5	¿El soldador/esmerilador y el ayudante cuentan con el equipo de protección personal requerido?	
6	¿El equipo de oxicorte cuenta con válvulas anti-retorno de llama en las dos mangueras hacia los cilindros?	
7	¿Los accesorios (tenazas, cables, uniones, otros) están en adecuadas condiciones operativas?	
8	¿Las mangueras del equipo de oxicorte están aseguradas a sus conexiones por presión y no con abrazaderas ?	
9	¿Las máquinas soldadoras cuentan con su respectiva línea a tierra?	
10	¿El Observador Contra Incendios inspeccionó 30 minutos después de finalizado el trabajo, a fin de verificar que no se haya originado algún incendio?	
11	Para el caso de áreas críticas (almacenes y otros que contengan material combustible) ¿El Observador Contra Incendios realizó una segunda inspección 2 horas después de terminado el trabajo en caliente?	

2- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:

3.- RESPONSABLES DEL TRABAJO: (*) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá durante la ejecución de esta tarea

	OCUPACIÓN	NOMBRES	FIRMA INICIO	FIRMA TÉRMINO
(*)				

4.- EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).

<input type="checkbox"/> EPP Básico	<input type="checkbox"/> Guantes de neoprene / nitrilo	<input type="checkbox"/> Orejeras
<input type="checkbox"/> Lentes Goggles	<input type="checkbox"/> Guantes de cuero / badana	<input type="checkbox"/> Tapón auditivo
<input type="checkbox"/> Careta	<input type="checkbox"/> Guantes dieléctrico	<input type="checkbox"/> Full face
<input type="checkbox"/> Traje (Impermeable / Tyvek)	<input type="checkbox"/> Guante de cuero cromado	<input type="checkbox"/> Respirador
<input type="checkbox"/> Casaca de cuero cromado y escarpines	<input type="checkbox"/> Guante de aluminio	<input type="checkbox"/> Cartucho negro (vapor orgánico)
<input type="checkbox"/> Traje de aluminio (mandil, escarpines)	<input type="checkbox"/> Arnés de seguridad	<input type="checkbox"/> Cartucho blanco (gas ácido)
<input type="checkbox"/> Zapatos dieléctricos	<input type="checkbox"/> Línea de anclaje con absorbedor de impacto	<input type="checkbox"/> Cartucho multigas (gas HCN)
<input type="checkbox"/> Otros (indique) :	<input type="checkbox"/> Línea de anclaje sin absorbedor de impacto	<input type="checkbox"/> Filtro para polvo P100

5.- HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES:

6.- PROCEDIMIENTO: (registrar el nombre y código del procedimiento asociado a la actividad)

7.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN

CARGO	NOMBRES	FIRMA
Supervisor del Trabajo / Residente		

COLOQUE COPIA DE ESTA AUTORIZACION EN UN LUGAR VISIBLE CERCA AL TRABAJO EN CALIENTE

	PERMISO PARA TRABAJOS DE EXCAVACIONES Y ZANJAS	
		Version: 01

TRABAJO :
PROGRESIVA :
RESPONSABLE:
EQUIPO A UTILIZAR:

FECHA:
HORA INICIO :
HORA FINAL :

- INSTRUCCIONES:
- 1. Antes de completar este formato, como referencia lea el Procedimiento para Trabajos de Alto Riesgo (sección Excavaciones y Zanjás)
 - 2. El PETAR original debe permanecer en el área de trabajo.
 - 3. Esta autorización es válida solo para el turno y fecha indicados.
 - 4. En caso de responder N/A a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES.
 - 5. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, NO SE DARÁ LA AUTORIZACIÓN para el derrollo de esta actividad.

CARACTERÍSTICAS DE LA EXCAVACIÓN (m)			
LARGO ()	ANCHO ()	PROFUNDIDAD ()	
CORRECTO <input type="checkbox"/>	INCORRECTO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input type="checkbox"/>	
1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:			
	Verificación	OBSERVACIONES	
1	¿La excavación requiere de sostenimiento? En caso de responder SI, adjunte el diseño respectivo firmado por el Ingeniero Residente Responsable del Proyecto.		
2	Para aquellas excavaciones de profundidad mayor a 2.0 metros ¿Se cuenta con el estudio de mecánica de suelos refrendado por un Ingeniero Civil Colegiado?		
3	¿Se cuenta con la señalización necesaria (cinta amarilla de advertencia, letreros, cinta reflectiva, otros)?		
4	¿Se ha instalado barreras protectoras en todo el perímetro de la excavación?		
5	En caso exista el riesgo de circulación de vehículos u otra fuente de vibración ¿Se ha colocado barreras a una distancia mínima de 3.0 metros desde el borde de la excavación?		
6	¿Si la profundidad de la excavación es mayor a 1.50 m se cuenta escaleras, rampas o escalinatas para el ingreso y salida del personal?		
7	¿Si el ancho de la zanja a nivel del piso mayor a 0.70 m se cuenta con pasarelas para evitar que el personal salte sobre las zanja?		
8	¿Existen instalaciones subterráneas? En caso de responder SI, especifique las medidas de control en OBSERVACIONES		
9	¿El personal es competente para realizar trabajos de Excavaciones y Zanjás?		
10	¿La excavación es considerada como espacio confinado? En caso de responder SI, especifique las medidas de control en OBSERVACIONES		
11	¿Se ha explicado al personal los peligros y riesgos específicos de la tarea? En caso de responder SI, adjunte el formato de Participación en la charla.		
3.- RESPONSABLES DEL TRABAJO: (*) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá en durante la ejecución de esta tarea			
OCUPACIÓN	NOMBRES	FIRMA INICIO	FIRMA TÉRMINO
(*)			
3.- EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).			
<input type="checkbox"/> EPP Básico	<input type="checkbox"/> Guantes de neoprene / nitrilo	<input type="checkbox"/> Orejeras	
<input type="checkbox"/> Lentes Goggles	<input type="checkbox"/> Guantes de cuero / badana	<input type="checkbox"/> Tapón auditivo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guantes dieléctrico	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Traje (Impermeable / Tyvek)	<input type="checkbox"/> Guante de cuero cromado	<input type="checkbox"/> Respirador	
<input type="checkbox"/> Casaca de cuero cromado y escarpines	<input type="checkbox"/> Guante de aluminio	<input type="checkbox"/> Cartucho negro (vapor orgánico)	
<input type="checkbox"/> Traje de aluminio (mandil, escarpines)		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Botas de jebe		<input type="checkbox"/> Cartucho multigas (gas HCN)	
<input type="checkbox"/> Zapatos dieléctricos		<input type="checkbox"/> Filtro para polvo P100	
<input type="checkbox"/> Otros (indique) :			
4.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN			
CARGO	NOMBRES	FIRMA	
Supervisor Contratista			
COLOQUE COPIA DE ESTA AUTORIZACION EN UN LUGAR VISIBLE CERCA AL TRABAJO DE EXCAVACIONES Y ZANJAS			

	PERMISO DE TRABAJO PARA DEMOLICIÓN		
			Version: 01
I.DATOS DEL TRABAJO			
TRABAJO:		FECHA:	
PROGRESIVA:		HORA DE INICIO:	
RESPONSABLE:		HORA DE FINAL:	
EQUIPO A UTILIZAR:			
II. PERMISO CONCEDIDO A :			
NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO
III. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO			
DIMENSIONES:			
VOLUMEN TOTAL A SER ELIMINADO		<input style="width: 80px;" type="text"/>	m3
VOLUMEN MATERIAL PELIGROSO		<input style="width: 80px;" type="text"/>	m3
VOLUMEN MATERIAL NO PELIGROSO		<input style="width: 80px;" type="text"/>	m3
Planos adjuntados:	SI <input style="width: 50px;" type="text"/>	NO <input style="width: 50px;" type="text"/>	

EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).

<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	EPP Básico	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Guantes de neoprene / nitrilo
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Lentes Goggles	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Guantes de cuero / badana
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Traje (Impermeable / Tyvek)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Guantes dieléctrico
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Botas de jebe	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Guante de cuero cromado
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Zapatos dieléctricos	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Guante de aluminio
 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	 Otros (indique) :	 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	 Orejas
		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Tapón auditivo
		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Respirador
		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Cartucho negro (vapor orgánico)
		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Cartucho multigas (gas HCN)
		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Filtro para polvo P100

IV. CONEXIONES ELÉCTRICAS

LINEAS ELÉCTRICAS EN EL AREA:

SI

☐

SI

☐

LOCALIZACIÓN Y TIPOS: _____

PRECAUCIONES ESPECIALES: _____

Firma Supervisor Eléctrico

Firma del Responsable de la Demolición

V. PRESENCIA DE TUBERIAS

TUBERIAS CONECTADAS EN AREA:

SI

☐

SI

☐

LOCALIZACIÓN Y TIPOS: _____

PRECAUCIONES ESPECIALES: _____

Firma Supervisor

Firma del Responsable de la Demolición

La Autorización de este trabajo es personal e intransferible y cubre solo una solicitud de Trabajo. Cambios de Turno y/o responsable del trabajo, debe requerir otra autorización.

	PERMISO PARA TRABAJOS DE VACIADO DE CONCRETO	Version: 01
--	---	-------------

TRABAJO :	FECHA:
PROGRESIVA :	HORA INICIO :
RESPONSABLE:	HORA FINAL :
EQUIPO A UTILIZAR:	PLACA:

CARACTERÍSTICAS DE VACIADO DE CONCRETO(m3)			
LARGO ()	ANCHO ()	PROFUNDIDAD ()	
CORRECTO <input checked="" type="checkbox"/>	INCORRECTO <input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> NA
1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:			
	Verificación	OBSERVACIONES	
1	¿Se cuenta con el permiso de interferencia de vías?		
2	¿Se dispone con accesos adecuados para el ingreso de unidades de Vaciado como los Mixer,		
3	¿El área de Trabajo se encuentra debidamente señalizada, demarcada, protegida y libre de Obstaculo alguno?		
4	¿Las conexiones eléctricas cerca al area de vaciado se encuentran bloqueadas o cortadas?		
5	¿Existen cables de baja de tensión o no energizados? ¿Se consideró el minimo de 1m de distancia?		
6	¿El personal cuenta con el EPP adecuado?. (Guantes y botas de jebe, cascos, protectores auditivos y mascarilla)		
PARA VACIADOS NOCTURNOS O CON POCA LUMINOCIDAD:			
7	¿Las entradas y salidas de unidades se encuentran con lamparas de luz intermitentes?		
8	¿Cuentan con un vigia para el orientar a las unidades de concreto?		
9	¿El personal es competente para realizar trabajos de Vaciado de Concreto?		
10	¿Todo el personal cuenta con su SCTR?		
11	¿Todo el personar a identificado, analizado y valorizado los riesgos y peligros que se encuentran en la actividad a realizar(ATS)?		
12	¿La maquinaria a utilizar cuenta con Check List?		
13	¿Se ha explicado al personal los peligros y riesgos especificos de la tarea? En caso de responder SI, adjunte el formato de Participación en la charla.		
3.- RESPONSABLES DEL TRABAJO: (*) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá en durante la ejecución de esta tarea			
OCUPACIÓN	NOMBRES	FIRMA INICIO	FIRMA TÉRMINO
(*)			
3.- EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).			
<input type="checkbox"/> EPP Básico	<input type="checkbox"/> Guantes de neoprene / nitrilo	<input type="checkbox"/> Orejeras	
<input type="checkbox"/> Lentes Goggles	<input type="checkbox"/> Guantes de cuero / badana	<input type="checkbox"/> Tapón auditivo	
<input type="checkbox"/> Traje (Impermeable / Tyvek)	<input type="checkbox"/> Guantes dieléctrico	<input type="checkbox"/> Respirador	
<input type="checkbox"/> Botas de jebe	<input type="checkbox"/> Guante de cuero cromado	<input type="checkbox"/> Cartucho negro (vapor orgánico)	
<input type="checkbox"/> Zapatos dieléctricos	<input type="checkbox"/> Guante de aluminio	<input type="checkbox"/> Cartucho multigas (gas HCN)	
<input type="checkbox"/> Otros (indique) :		<input type="checkbox"/> Filtro para polvo P100	
4.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN			
CARGO	NOMBRES	FIRMA	
Supervisor Contratista			
COLOQUE COPIA DE ESTA AUTORIZACION EN UN LUGAR VISIBLE CERCA AL TRABAJO DE EXCAVACIONES Y ZANJAS			

	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA	Version: 01
--	------------------------------	-------------

PROYECTO:

1.- Datos Principales

Lugar y tiempo		
Ubicación del trabajo en altura		
Motivo de la ejecución de trabajos		Fecha
Supervisión Técnica		
NOMBRE Y FIRMA CAPATAZ	NOMBRE Y FIRMA ING. DE RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA SSOMA.

2.- Nombre y Experiencia del personal autorizado para realizar Trabajos en Altura

Apellidos y Nombres	Cargo	Experiencia en Trabajos en Altura		Firma
		Años	Meses	

*De existir mayor personal en la labor, adicionar las hojas necesarias.

3.- Peligros y Riesgos de Trabajos en Altura

Descripción	Medidas de Control	Descripción	Medidas de Control
Caídas de personal	<input type="checkbox"/>	Peligros mecánicos	<input type="checkbox"/>
Caídas de equipo	<input type="checkbox"/>	Peligros eléctricos	<input type="checkbox"/>
Caídas de herramientas	<input type="checkbox"/>	Peligros de incendio	<input type="checkbox"/>
Otros (detalle)	<input type="checkbox"/>	Otros (detalle)	<input type="checkbox"/>

4.- Medidas de Seguridad

Del lugar de Trabajo.	SI NO N/A	Del equipo de protección personal e instrucciones	SI NO N/A
Se ha aislado y señalado el área de trabajo en nivel inferior (suelo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	El personal recibió entrenamiento y/o capacitación en trabajos en altura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
De realizarse los trabajos en superficies deterioradas como techos y/o coberturas se han colocado sistemas o medidas (ejemplo sogas, cables, tabloncillos) que eviten la posibilidad de	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si los trabajos se han de realizar a mas de 15 mts de altura el personal cuenta con certificación médica respectiva.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Del punto anterior; en caso de emergencia se han señalado las salidas inmediatas y éstas ofrecen estabilidad en caso de evacuación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	El personal cuenta con EPP Básico y Especializado (arnés, barbiquejo, etc)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
De observarse bordes con posibilidad de caída se han colocado barandas (1.20 mts de altura con respecto al piso y travesaños intermedios)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se realizó una inspección visual; en tierra firme del equipo de protección contra caídas (cinturones, líneas de anclaje, arneses, cuerdas, ganchos, Se recalco al personal que siempre debe estar enganchada su línea de anclaje, de tal forma que nunca este desprotegido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se ha verificado y asegurado las herramientas y equipos a utilizar en los trabajos en altura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si el equipo de protección contra caídas dificulta el trabajo a realizar, se colocará red a una distancia < 1 m con respecto al punto de trabajo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Del Sistema de Protección Contra Caídas.	SI NO N/A	Si por la labor el trabajador ha de desplazarse de un lugar a otro; se ha considerado doble línea de anclaje.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se realizó check list en andamios, tapas, pasadizos, elevadores, etc; verificando que todos sus elementos estén completos y ensamblados correctamente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otros	SI NO N/A
Los sistemas de protección contra caídas mantienen una distancia mínima de tres metros con respecto a las líneas de alta tensión.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se requiere algún permiso de trabajo adicional, según la actividad a realizar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
El terreno donde se colocó el andamio esta nivelado o en su defecto se han colocado calzas que ofrezcan la seguridad respectiva.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Es indispensable considerar la presencia de un observador que advierta al personal de entorno la posible caída de materiales y/o carga.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Los andamios, según su altura están asegurados y/o arriados a estructuras estables y fijas eliminando la posibilidad de colapsamiento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Las plataformas están debidamente aseguradas y de considerarse tabloncillos éstos tienen un mínimo de 5cm de espesor; 60cm de ancho y sobresalen de 20 a 30 cm limitado por topes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Los puntos de anclaje y líneas de vida están ubicados por encima del nivel del hombro del trabajador.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se ha considerado equipo de comunicación como: radios, linterna de colores etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.- Sugerencias y Recomendaciones

* Este permiso es diario y debe estar en el lugar de trabajo.

	PERMISO DE TRABAJO PARA HORARIOS EXTENDIDOS Y TURNO NOCHE	
		Versión: 01

PROYECTO:
EMPRESA:
ÁREA:
HORA DE INICIO:
TRABAJO A REALIZAR:

FECHA:
HORA DE TÉRMINO:

MOTIVO:

PERSONAL INVOLUCRADO

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	EMPRESA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

COMUNICACIÓN

ATS ☐
CELULAR ☐ N° _____

CONTROLES DE SEGURIDAD

PETS ☐
SSHH ☐
ACCESOS Y VÍAS DE EVACUACIÓN ILUMINADOS ☐

VEHÍCULO DE TRANSPORTE Y/O EMERGENCIA	PLACA	CONDUCTOR

ILUMINACIÓN: ☐ Tipo: Luminarias

Lámparas

Otros

ING. RESIDENTE	ING. PRODUCCION	PREVENCIONISTA SSOMA
NOMBRE/CARGO:	NOMBRE/CARGO:	NOMBRE/CARGO:
FIRMA	FIRMA	FIRMA (V°B°)
FECHA	FECHA	FECHA

	PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS	
		Version: 01

TRABAJO :	FECHA:
PROGRESIVA :	HORA INICIO :
RESPONSABLE:	HORA FINAL :
EQUIPO A UTILIZAR:	PLACA:

CARACTERÍSTICAS DE VACIADO DE CONCRETO(m3)			
LARGO ()	ANCHO ()	PROFUNDIDAD ()	
CORRECTO <input type="checkbox"/>	INCORRECTO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input type="checkbox"/>	
1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:			
	Verificación	OBSERVACIONES	
1	¿El material del proceso ha sido retirado (Líquido, gases, sólidos)?		
2	¿Se ha seguido el procedimiento de bloqueo y señalización?		
3	¿Se realizó la prueba del oxímetro en el espacio confinado?		
4	¿Se encuentra el lugar limpio y ordenado?		
5	¿Existe iluminación adecuada para el trabajo?		
6	¿Se cuenta con equipo de comunicación?		
7	¿Se cuenta con un vigía en el exterior del espacio confinado que pueda dar aviso de emergencia?		
8	¿Se tiene protección contra incendios?		
9	¿Se ha ventilado el área?		
10	¿Se cuenta con los arnes de seguridad?		
11	¿Se detecta algún peligro originado por cables eléctricos?		
3.- RESPONSABLES DEL TRABAJO: (*) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá en durante la ejecución de esta tarea			
OCUPACIÓN	NOMBRES	FIRMA INICIO	FIRMA TÉRMINO
(*)			
3.- EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).			
<input type="checkbox"/> EPP Básico	<input type="checkbox"/> Guantes de neoprene / nitrilo	<input type="checkbox"/> Orejeras	
<input type="checkbox"/> Lentes Goggles	<input type="checkbox"/> Guantes de cuero / badana	<input type="checkbox"/> Tapón auditivo	
<input type="checkbox"/> Traje (Impermeable / Tyvek)	<input type="checkbox"/> Guantes dieléctrico	<input type="checkbox"/> Respirador	
<input type="checkbox"/> Botas de jebe	<input type="checkbox"/> Guante de cuero cromado	<input type="checkbox"/> Cartucho negro (vapor orgánico)	
<input type="checkbox"/> Zapatos dieléctricos	<input type="checkbox"/> Guante de aluminio	<input type="checkbox"/> Cartucho multigas (gas HCN)	
		<input type="checkbox"/> Filtro para polvo P100	
<input type="checkbox"/> Otros (indique) :			
4.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN			
CARGO	NOMBRES	FIRMA	
Supervisor Contratista			
COLOQUE COPIA DE ESTA AUTORIZACION EN UN LUGAR VISIBLE CERCA AL TRABAJO DE EXCAVACIONES Y ZANJAS			

	PERMISO PARA TRABAJOS CON HERRAMIENTAS ELECTRICAS	
		Version: 01

TRABAJO :	FECHA:
PROGRESIVA :	HORA INICIO :
RESPONSABLE:	HORA FINAL :
EQUIPO A UTILIZAR:	PLACA:

CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:					
		Verificación		OBSERVACIONES	
1	¿El enchufe es de tipo Industrial y se encuentra en buenas condiciones de uso?				
2	¿Los interruptores se encuentran en buenas condiciones?				
3	¿Los diferenciales y automáticos se encuentran en buenas condiciones de uso?				
4	¿Los cables se encuentran bien hechas?				
5	¿Las conexiones se encuentran bien hechas?				
6	¿Los conductores poseen cable de tierra protección?				
7	¿La carcaza de herramienta se encuentra en buenas condiciones de uso?				
8	¿La herramienta cuenta con mango de sujeción?				
9	¿La herramienta cuenta con el código de color del mes?				
10	¿Se ha realizado mantenimiento de la herramienta?				
2.- RESPONSABLES DEL TRABAJO: (*) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá en durante la ejecución de esta tarea					
	OCUPACIÓN	NOMBRES	FIRMA INICIO	FIRMA TÉRMINO	
(*)					
3.- EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).					
<input type="checkbox"/>	EPP Básico	<input type="checkbox"/>	Guantes de neoprene / nitrilo	<input type="checkbox"/>	Orejeras
<input type="checkbox"/>	Lentes Goggles	<input type="checkbox"/>	Guantes de cuero / badana	<input type="checkbox"/>	Tapón auditivo
<input type="checkbox"/>	Traje (Impermeable / Tyvek)	<input type="checkbox"/>	Guantes dieléctrico	<input type="checkbox"/>	Respirador
<input type="checkbox"/>	Botas de jebe	<input type="checkbox"/>	Guante de cuero cromado	<input type="checkbox"/>	Cartucho negro (vapor orgánico)
<input type="checkbox"/>	Zapatos dieléctricos	<input type="checkbox"/>	Guante de aluminio	<input type="checkbox"/>	Cartucho multigas (gas HCN)
<input type="checkbox"/>	Otros (indique) :			<input type="checkbox"/>	Filtro para polvo P100
4.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN					
	CARGO	NOMBRES	FIRMA		
	Supervisor Contratista				
COLOQUE COPIA DE ESTA AUTORIZACION EN UN LUGAR VISIBLE CERCA AL TRABAJO DE EXCAVACIONES Y ZANJAS					