



**PERMIT TO WORK**  
**TRABAJOS CON ESPACIOS CONFINADOS**

Nº ST5:

Código: SA-S-001-01-05

Revisión: 001

EMPRESA EJECUTORA :	ÁREA :
TRABAJO A REALIZAR :	FECHA :
SUPERVISOR DE TRABAJO :	HORA INICIO :
LUGAR :	HORA FINAL :

1. Permiso para ser emitido antes de realizar cualquier trabajo en cualquier espacio confinado. Esto incluye transformadores, tanques, plantas de impregnación de aceite o espacios similares.  
 2. En caso de responder N/A a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES.  
 3. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, esta autorización NO PROCEDA

**1. LISTA DE VERIFICACIÓN**

		SI	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Se ha identificado, purgado, aislado y bloqueado (LOTO) todas las fuentes de energía de alimentación y salida del espacio confinado?			
2	¿El espacio confinado requiere de ventilación? Especifique el método de ventilación en OBSERVACIONES			
3	¿Se ha colocado un bloqueo físico en los ingresos de cualquier fluido y líquido de otros procesos del equipo a intervenir?			
4	Si el espacio a contenido algún químico, ¿se ha limpiado y purgado exhaustivamente?			
	Si la respuesta a la pregunta anterior fue negativa, la actividad no puede ser realizada, salvo se considere ingresar al espacio confinado con un sistema de respiración autónoma			
5	¿Se ha eliminado restos de materiales peligrosos, inflamables o explosivos?			
6	¿Se ha realizado el monitoreo de aire para verificar que el oxígeno presente se encuentre dentro del rango aceptable y esté libre de gases o vapores. Nivel Oxígeno entre 19.5 % - 22.5 %?			
7	¿Se ha realizado el monitoreo de aire del espacio para verificar que la concentraciones de vapores sea menor que el 10% LEL, donde el espacio haya contenido vapores inflamables?			
8	¿Los puntos de entradas y salidas son suficientes y del tamaño adecuado para permitir el ingreso?			
9	¿Se cuenta con un vigía ubicado en el exterior, existe comunicación continua y efectiva entre todos los trabajadores? (contacto visual, voz, señales, equipos de comunicación, etc.)			
10	¿Los medios de comunicación del vigía ubicado en la zona de trabajo se encuentran operativos?			
11	¿Los equipos de monitoreo están calibrados y con la batería cargada?			
12	¿El personal que realiza los trabajos en espacio confinado, han sido entrenados acerca del procedimiento y los riesgos asociados, así como del procedimiento en caso de emergencias?			
13	¿Se han difundido todas las recomendaciones de la FDS ficha de datos de seguridad contenido en el espacio confinado?			
14	¿Se tiene establecido un plan de rescate en caso de emergencias?			
15	¿Los equipos de respuesta a emergencia han sido revisados y se encuentran operativos?			
16	¿Se cuenta con iluminación adecuada? Especifique el tipo de iluminación en OBSERVACIONES			

**2. PERSONAL PARTICIPANTE:**

(\*) Debe indicar quién será el vigía que permanecerá durante la ejecución de la tarea. (\*\*) Debe indicar quien será el personal que ingrese al espacio confinado

OCUPACIÓN O CARGO	NOMBRE	FIRMA INICIO	FIRMA TÉRMINO
(*)			
(**)			
(**)			
(**)			
(**)			

**3. EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO**

EPP Básico: Casco de seguridad, Lentes con protección y zapatos dieléctricos con punta de baquelita.

<input type="checkbox"/> EPP Básico	<input type="checkbox"/> Guantes de neopreno / 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 (Clase ____ )	<input type="checkbox"/> Full face
<input type="checkbox"/> Traje (Impermeable / Tyvek)	<input type="checkbox"/> Arnés de seguridad	<input type="checkbox"/> Respirador
<input type="checkbox"/> Casaca de cuero y escarpines	<input type="checkbox"/> Línea de anclaje con absorbedor de impacto	<input type="checkbox"/> Cartucho: .....
<input type="checkbox"/> Botas de jebe	<input type="checkbox"/> Línea de anclaje sin absorbedor de impacto	<input type="checkbox"/> Filtro para polvo P100
<input type="checkbox"/> Otros (indique) : _____		

**4. MONITOREO DE AIRE**

PRUEBA	CONDICIONES ACEPTABLES (VLP)	VALOR ACTUAL Hora: ____ : ____	1 ____ : ____	2 ____ : ____	3 ____ : ____	4 ____ : ____	5 ____ : ____
O2 (Oxígeno)	19.5 - 22.5%						
CO (Monóxido de Carbono)	<25 ppm						
H2S (Sulfuro de hidrogeno)	<10 ppm						
LEL (Explosividad)	<10 %						
Instrumentos de medición, indicar marca, número de serie y fecha de la última calibración							

**5. AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN**

CARGO	NOMBRES	FIRMA
Supervisor Ejecutante		
Supervisor Autorizante		
Supervisor HSE		