

# Permiso de Trabajo en Frío

FS.021 R11

Llenado y analizado por: \_\_\_\_\_  
 (Nombre Completo del ejecutor de trabajo y Empresa)  
 Estación/ducto: \_\_\_\_\_ Área/sitio: \_\_\_\_\_  
 Descripción del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Orden de Mantenimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Permiso válido desde hrs. \_\_\_\_\_ a hrs. \_\_\_\_\_

	Si	N/A
1. ¿Existe el análisis de riesgos y el procedimiento específico para el trabajo a ser realizado?	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Las válvulas han sido correctamente cerradas, señalizadas, etiquetadas y con candado para aislar el sistema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El sistema (equipo, recipiente, ducto) ha sido despresurizado, drenado y venteado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido bloqueado, etiquetado y se ha probado el arranque del circuito eléctrico correcto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se verificó que todos los sistemas sensibles (Sensores, alarmas, detectores) que puedan activarse con la actividad han sido inhibidos o desconectados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El equipo eléctrico a ser usado/intervenido dispone de aterramiento o disyuntor diferencial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Las herramientas manuales y automáticas fueron revisadas y verificadas previo al uso?	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Las herramientas de golpe a ser utilizadas son anti-chispas (bronce, goma, aluminio, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Los equipos especializados (grúas, tecles, fajas, cadenas, aparejos, inspección, etc.) fueron previamente verificados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Los productos de limpieza a ser utilizados no son inflamables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se dispone de la ventilación y temperatura apropiada en lugares donde se utilizan solventes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se identificó (HDSM) el producto en el sistema (equipo, recipiente, ducto) a reparar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se requiere remoción y manipulación de materiales peligrosos (asbestos, fibra de vidrio, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, anote instrucciones especiales, _____		
14. ¿Se realizó prueba de atmósferas tóxicas o peligrosas (CO, H <sub>2</sub> S, O <sub>2</sub> y LEL) con detector?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, anote instrucciones especiales, _____		
N° de Serie Detector de gases: _____ Pruebas del detector de gas _____ %LEL (La lectura debe ser 10% del LEL o menor)		
Fecha Calibración ____/____/____ (Cada 6 meses)		
15. ¿Habrà emisión de gas durante el trabajo? Si es así, anote instrucciones especiales. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Están disponibles los extintores portátiles en el sitio de trabajo?	<input type="checkbox"/>	
17. ¿El personal está capacitado / certificado para realizar el trabajo?	<input type="checkbox"/>	
18. ¿Se realizó la reunión inicial o inducción básica de seguridad del trabajo (charla diaria previa)?	<input type="checkbox"/>	
19. ¿Se verificó la no existencia de cables energizados en cercanías del lugar de trabajo (grúas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Existe un banderillero o ayudante obligatorio (guía) cuando se trabaja con equipo de izaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿El personal que ejecutará los trabajos tuvo un descanso adecuado (aprox. 8 horas)?	<input type="checkbox"/>	
22. Instrucciones adicionales especiales a ser requeridas: _____		

## Se requiere el siguiente equipo de protección personal:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casco / barbiqueo requerido para trabajos en altura | <input type="checkbox"/> Guantes (Cuero/pigmentados/Precisión) | <input type="checkbox"/> Máscara filtrante / Respirador |
| <input type="checkbox"/> Gafas de seguridad                                  | <input type="checkbox"/> Botas de seguridad                    | <input type="checkbox"/> Delantal químico               |
| <input type="checkbox"/> Protector auditivo                                  | <input type="checkbox"/> Protector facial y gafas antiparras   | <input type="checkbox"/> Equipo de Bioseguridad         |
| <input type="checkbox"/> Ropa de trabajo                                     | <input type="checkbox"/> Otros _____                           |   |

ES RESPONSABILIDAD DEL INSPECTOR / RESPONSABLE DEL SITIO EN SITIO VERIFICAR LAS CONDICIONES DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

Permiso llenado y analizado por: \_\_\_\_\_  
 (Nombre completo y firma – No iniciales) Ejecutor del trabajo

Autorizado por: \_\_\_\_\_  
 (Nombre completo y firma – No iniciales) Supervisor / Fiscal de YPFB TRANSPORTE S.A. u Operador de Estación

Validado por: \_\_\_\_\_  
 (Nombre completo y firma – No iniciales) Inspector de SSMS de YPFB TRANSPORTE S.A. u Operador de Estación

## CIERRE

A ser llenado por el ejecutor del trabajo y firmado por el Inspector de SSMS de YPFB TRANSPORTE S.A. / Operador de la Estación

- |   | Si                       | No                       | N/A                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Candados y etiquetas (de aislación) han sido removidas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Área de trabajo y equipos han sido limpiados?           | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 3. ¿El trabajo ha sido completado?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

Firma Inspector de SSMS de YPFB TRANSPORTE S.A. u Operador de Estación: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Este permiso queda cancelado automáticamente en caso de una emergencia o al sonar la alarma de ESD.**

**Verifique su Permiso de Trabajo Antes, Durante y Después del Trabajo**  
**Espere lo inesperado – Piense en su seguridad**

## Charla Diaria Previa

[illegible]

a	TEMA	✓	X
		SI	NO
	Objetivos del trabajo		
	Plan y Procedimientos		
	Responsabilidades/Supervisión		
	Peligros		
	Mano de Obra y Capacitación		
	Equipo a utilizar		
	Equipo de Protección Personal		
	Las 3 Que's		
	Permiso de Trabajo		
	Lugar de Trabajo		
	Otras actividades		
	Cierre y Etiquetado		
	Sistemas sensibles inhibidos o desconectados		
	Vías de Evacuación		

Lista de participantes del análisis de peligros de la actividad			
NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA
Participante 1:		Participante 6:	
Participante 2:		Participante 7:	
Participante 3:		Participante 8:	
Participante 4:		Participante 9:	
Participante 5:		Participante 10:	

[illegible]