



Permiso de Trabajo en Caliente

Llenado y analizado por: _____ para trabajar en _____ (Empresa y Nombre Completo del ejecutor del trabajo)			
Estación/ducto _____		Área/sitio _____	
Descripción del trabajo _____			
Orden de Trabajo No. _____			
*Fecha: _____		Permiso válido desde hrs. _____ a hrs. _____	
*El permiso es válido solamente para la fecha y la hora indicada y tiene una validez de 12 horas como máximo.			

	Si	N/A
1. ¿Existe el análisis de riesgos y el procedimiento específico para el trabajo a ser realizado?	<input type="checkbox"/>	<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. ¿Ha sido bloqueado, etiquetado y se ha probado el arranque del circuito eléctrico correcto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El equipo eléctrico a ser usado dispone de aterramiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Las herramientas manuales y automáticas fueron revisadas y verificadas previo al uso (amoladoras con guardas y agarre, alicates, desarmadores, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Los equipos especializados (grúas, tecles, fajas, cadenas, aparejos, inspección, etc.) fueron verificados previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El sistema (equipo, recipiente, ducto) ha sido despresurizado, drenado y venteado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El sistema (equipo, recipiente, ducto) ha sido lavado a vapor o con agua (detergente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El sistema (equipo, recipiente, ducto) ha sido purgado inertizado con nitrógeno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está el sistema (equipo, recipiente, ducto) limpio y libre de material inflamable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Han sido reconocidas y tapadas las alcantarillas, excavaciones, drenajes, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se ha reducido la presión del sistema (equipo, recipiente, ducto) a intervenir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se identificó el producto en el sistema (equipo, recipiente, ducto) a reparar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿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"/>
15. ¿Se realizó medición de espesores (soldadura, arenado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿El equipo de suministro de aire para arenador dispone de filtro de respiración aprobado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Los cilindros de gas inflamable / comprimidos disponen de arresta llamas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Se requiere personal de resguardo especializado contra incendio, y si es así, está asignado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Se dispone de extintores portátiles en el sitio de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Se realizó prueba de atmósferas tóxicas o peligrosas (CO y LEL) con detector?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿La operación ha sido comunicada a Sala de Control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Se dispone de dispositivos de protección y sombra de luz solar en el área de soldadura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Se dispone del equipo contra quemaduras (waterjel, sabanas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿El personal está capacitado / certificado para realizar el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Se realizó la reunión inicial o inducción básica de seguridad del trabajo (charla diaria previa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Se verificó que durante tareas de soldadura al arco no existan equipos sensibles a inducción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿El personal que ejecutará los trabajos tuvo un descanso adecuado (aprox. 8 horas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Instrucciones especiales / adicionales a seguir: _____		

Se requiere el siguiente equipo de protección, pero no se limita a:

<input type="checkbox"/> Casco y barbiqueo	<input type="checkbox"/> Guantes (Cuero/pigmentados)	<input type="checkbox"/> Máscara filtrante (mascarilla)
<input type="checkbox"/> Gafas de seguridad	<input type="checkbox"/> Botas de seguridad	<input type="checkbox"/> Delantal soldadura
<input type="checkbox"/> Protector auditivo	<input type="checkbox"/> Protector facial	<input type="checkbox"/> Polainas p/ amolador
<input type="checkbox"/> Ropa de trabajo	<input type="checkbox"/> Otros _____	

ES RESPONSABILIDAD DEL SUPERVISOR EN SITIO VERIFICAR LAS CONDICIONES DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

Prueba del detector de gas _____ %LEL (La lectura debe ser 10% del LEL o menor) Fecha Cal. ____/____/____ (calibración cada 6 meses)

Resguardo contra incendio: _____
(Nombre completo y firma – No iniciales)

Permiso llenado y analizado por: _____
(Firma – No iniciales) Ejecutor del trabajo

Verificado y autorizado por: _____
(Nombre completo y firma – No iniciales) Supervisor de YPFB TRANSPORTE S.A. u Operador de Estación

CIERRE

A ser llenado por el Supervisor de Obra, firmado y devuelto al Supervisor de YPFB TRANSPORTE S.A./Operador

	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 Supervisor de YPFB TRANSPORTE S.A. u Operador de Estación _____ Fecha ____/____/____ Hora: _____

Este permiso queda cancelado automáticamente al sonar cualquier alarma de emergencia

Espere lo inesperado – Piense en su seguridad



Nombre del Trabajo y/o actividad		Análisis Liderizado por: [Nombre y Apellidos]		Fecha:	
ETAPAS DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDAD A REALIZAR (Pasos básicos para hacer el trabajo)	PELIGROS / ASPECTOS IDENTIFICADOS (¿Qué trabajo(s) o situación(es) podría provocar daños?)	AMENAZAS (¿Qué condición podría originar que algo salga mal?)	BARRERAS /PROCEDIMIENTO SEGURO (¿Que podemos hacer para evitar que algo salga mal?)	Previo al trabajo se conversó de:	
				TEMA	<div>✓ SI</div> <div>X NO</div>
				Objetivos del trabajo	
				Plan y Procedimientos	
				Responsabilidades/Supervisión	
				Peligros	
				Mano de Obra y Capacitación	
				Equipo a utilizar	
				Equipo de Proteccion Personal	
				Las 3 Que's	
				Permiso de Trabajo	
				Lugar de Trabajo	
				Otras actividades	
				Cierre y Etiquetado	
				Sistemas sensibles inhibidos o desconectados	
				Vias de Evacuacion	
				Obs.	
OBSERVACIONES / COMENTARIOS					