

**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD**

Cód.: MFX-PG-PETAR-08-SGS-F03

P.E.T.A.R. EN ESPACIOS CONFINADOS

Version: 00

Fecha: 01-02-2021

Página: 1 de 2

ÁREA :
LUGAR :
FECHA :

EMPRESA EJECUTORA :
HORA INICIO :
HORA FINAL :

INSTRUCCIONES:

1. Antes de completar este formato, lea el procedimiento de Espacios Confinados (SSYMA-P14.01).
2. Mantener el Permiso Escrito de Trabajos en Espacio Confinado (SSYMA-P14.01-F01) en el área de trabajo, al término del turno entregar al área de Seguridad y Salud Ocupacional.
3. Este permiso es valido solo para el turno.
4. En caso de responder N/A alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES.
5. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, este permiso NO PROCEDE.
6. Las casillas del formato sin información registrada deben ser CERRADAS.
7. En el punto N° 9 del formato, para trabajos realizados por personal de la planilla de GFLC, el Responsable del área que debe firmar el presente PETAR puede ser: Jefe, Superintendente o Gerente de área de GFLC.
8. En el punto N° 9 del formato, para trabajos realizados por personal de Empresas Contratistas, el responsable del área que debe firmar el presente PETAR puede ser: Ingeniero Supervisor, Jefe, Superintendente o Gerente de área de GFLC.
9. Este permiso de trabajo PROCEDE, cuando el punto N° 9 contiene todas las firmas que correspondan.

1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:

		SI	N/A	OBSERVACIONES
a.	¿El personal ha recibido la capacitación de seguridad para trabajos en Espacios Confinados?			
b.	¿Se ha verificado que el personal a entendido los PETS y procedimientos aplicables a la tarea?			
c.	¿Se ha verificado que el espacio confinado se encuentre vacío, purgado, ventilado y lavado adecuadamente?			
d.	¿Se ha coordinado con el área de Seguridad y Salud Ocupacional la evaluación y determinación del monitoreo de la calidad de aire y presencia de gases?			
e.	¿El espacio confinado requiere de ventilación? En caso de responder SI, especifique el método de ventilación en OBSERVACIONES			
f.	¿Se cuenta con un vigía de espacio confinado ubicado en el exterior?			
g.	¿El espacio confinado esta señalado con cinta amarilla de advertencia y con letreros al ingreso con la leyenda RIESGO DE ESPACIO CONFINADO?			
h.	¿Se cuenta con luminarias portátiles?			
i.	¿Se cuenta con escaleras, rampas o escalinatas para el ingreso y salida del personal?			
j.	¿Se han identificado todos los posibles ingresos de gases, sólidos o líquidos que estén directamente relacionados con el espacio confinado? En caso de responder SI, especifique en OBSERVACIONES			
k.	¿Se han identificado todos aquellos equipos que implican riesgo de partes móviles, giratorias, caída de materiales u otros peligros que estén directamente relacionados con el espacio confinado? En caso de responder SI, especifique en OBSERVACIONES			
l.	¿Todo el personal ingresante a colocado su candado y tarjeta de bloqueo personal para controlar todos los posibles ingresos de gases, sólidos o líquidos y riesgo de funcionamiento inesperado de partes móviles o giratorias?			
II.	¿Se ha verificado la eficacia de la comunicación del vigía de espacio confinado con el personal ingresante y el Centro de Control y Comunicaciones?			

2.- DESCRIPCIÓN DE LA TAREA:

.....
.....
.....

3.- INVOLUCRADOS EN LA TAREA:

(*) Debe indicar quien será el Responsable que permanecerá durante la ejecución de esta tarea.

(**) Debe indicar quién será el Vigía entrenado que permanecerá en el lugar de trabajo durante la ejecución de la tarea.

OCUPACIÓN	NOMBRE	FECHA DE ENTRENAMIENTO	FIRMA INICIO	FIRMA TÉRMINO
(*)				
(**)				

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD		Cód.: MFX-PG-PETAR-08-SGS-F03						
	P.E.T.A.R. EN ESPACIOS CONFINADOS		Version: 00						
			Fecha: 01-02-2021						
			Página: 2 de 2						
4.- EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO (EPP Básico: Casco de seguridad, Lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta de acero).									
☐	EPP Básico	☐	Guantes de neoprene / nitrilo	☐	Respirador media cara				
☐	Lentes goggles	☐	Guantes de cuero / badana	☐	Cartucho negro (vapor orgánico)				
☐	Careta de malla	☐	Guante anticorte	☐	Cartucho blanco (gas ácido)				
☐	Botas musleras	☐	Orejas	☐	Filtro para polvo/humos metálicos P100				
☐	Botas de jebe	☐	Tapón auditivo	☐	Traje (Impermeable / Tyvek)				
☐	Zapatos dieléctricos								
☐	Otros (indique) :								
5.- HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES:									
6.- PROCEDIMIENTO: (registrar el código y nombre del procedimiento y/o PET asociado a la tarea)									
7.- CONTROL DE EMERGENCIAS									
Medios de comunicación del Vigía con el personal ingresante al espacio confinado.									
Accesos para las acciones de rescate en caso de emergencia									
8.- PRUEBAS DE GASES									
PRUEBA	CONDICIONES ACEPTABLES VLP (marcar con "X" la duración del turno)		Nº TEST HORA del TEST	1	2	3	4	5	6
	8 horas	12 horas		__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
O ₂	19.5 - 22.5 %	19.5 - 22.5 %	-						
Gas Combustible	0%	0%	-						
CO	25 ppm	12.5 ppm	-						
CO ₂	5000 ppm	2500 ppm	-						
Otros*			-						
Otros*			-						
VLP: Valor límite permisible de acuerdo a la duración del turno de trabajo.				*Consultar con el área de Higiene Industrial					
Modelo/N° de serie del equipo de medición de gases utilizado:									
Nombre y firma del encargado de realizar los monitoreos:									
9.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN									
CARGO		NOMBRES				FIRMA			
Supervisor de Operaciones									
Supervisor SSOMA									