

|                                                                                                             |                              |                               |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                            | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN |                               | CÓDIGO: PTS-HSE.023      |
|                                                                                                             | PETS:                        |                               | VERSIÓN N°: 01           |
|                                                                                                             | DEMOLICIONES                 |                               | FECHA DE ELAB.: 09.12.20 |
|                                                                                                             |                              |                               | REVISIÓN 02: 07.01.22    |
|                                                                                                             |                              | Página 1 de 4                 |                          |
| Todas las secciones deben ser completadas y firmadas antes de comenzar con cualquier trabajo de demolición. |                              |                               |                          |
| <b>I. DATOS GENERALES</b>                                                                                   |                              |                               |                          |
| PROYECTO:                                                                                                   |                              | PERMISO N°:                   |                          |
| EMPRESA:                                                                                                    |                              |                               |                          |
| DESCRIPCION DEL TRABAJO A REALIZAR:                                                                         |                              |                               |                          |
| LOCALIZACION DEL TRABAJO A REALIZAR:                                                                        |                              |                               |                          |
| DIMENSIONES:                                                                                                |                              | Volumen total a ser eliminado | <input type="text"/> m3  |
|                                                                                                             |                              | Volumen Material Peligroso    | <input type="text"/> m3  |
|                                                                                                             |                              | Volumen Material no Peligroso | <input type="text"/> m3  |
| FECHA DE INICIO:                                                                                            |                              | FECHA DE FINALIZACION:        |                          |
| PLANOS ADJUNTADOS :                                                                                         |                              | SUPERVISOR A CARGO:           | FECHA:                   |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                     |                              |                               |                          |
| <b>II. PARTE ELECTRICA</b>                                                                                  |                              |                               |                          |
| LIENAS ELECTRICAS EN EL AREA:                                                                               |                              | LOCALIZACION Y TIPOS:         |                          |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                     |                              |                               |                          |
| PRECAUCIONES ESPECIALES:                                                                                    |                              |                               |                          |
| PLANOS ADJUNTADOS                                                                                           |                              | SUPERVISOR A CARGO:           | FECHA:                   |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                     |                              |                               |                          |
| <b>III. TUBERIAS</b>                                                                                        |                              |                               |                          |
| TUBERIAS CONECTADAS EN EL AREA:                                                                             |                              | LOCALIZACION Y TIPOS:         |                          |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                     |                              |                               |                          |
| PRECAUCIONES ESPECIALES:                                                                                    |                              |                               |                          |
| PLANOS ADJUNTADOS                                                                                           |                              | SUPERVISOR A CARGO:           | FECHA:                   |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                     |                              |                               |                          |
| <b>IV. INGENIERIA</b>                                                                                       |                              |                               |                          |
| PRECAUCIONES ESPECIALES:                                                                                    |                              |                               |                          |
| INGENIERIA:                                                                                                 |                              | FECHA:                        |                          |
|                                                                                                             |                              |                               |                          |
| <b>V. SEGURIDAD/ PROTECCION CONTRA INCENDIOS</b>                                                            |                              |                               |                          |
| PRECAUCIONES ESPECIALES:                                                                                    |                              |                               |                          |
|                                                                                                             |                              |                               |                          |
| SUPERVISORES HSE                                                                                            |                              | FECHA:                        |                          |
| (Nombre y Firma)                                                                                            |                              |                               |                          |
| 1.- .....                                                                                                   |                              |                               |                          |
| 2.- .....                                                                                                   |                              |                               |                          |
| 3.- .....                                                                                                   |                              |                               |                          |
| 4.- .....                                                                                                   |                              |                               |                          |