

 Invesa La Compañía Amiga	FORMATO 6						CÓDIGO: F-GI-S-012		
	PERMISO PARA TRABAJO EN ESPACIO CONFINADO						VERSIÓN: 3		
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL						FECHA: 06/Jun/2023		
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO								
Fecha de diligenciamiento	AAAA	MM	DD	Hora de inicio de la tarea	24 Horas	Hora estimada para finalización de la tarea	24 Horas		
Centro de Trabajo				Área o sitio específico del trabajo					
Dirigido a personal INVESA		Dirigido a personal CONTRATISTA				Nombre de la Empresa CONTRATISTA			
Trabajo rutinario			Trabajo no rutinario				Emergencia		
Descripción de la tarea a realizar									
Herramientas, maquinas y equipos a utilizar									
Procedimientos de seguridad adicionales requeridos para el desarrollo del trabajo									
Trabajo en ALTURAS			Trabajo en CALIENTE			Trabajo ELÉCTRICO		IAJE de cargas	
Análisis de Trabajo Seguro (ATS)									
Si aplican otros permisos de trabajo seguro o listas de verificación, especifique en este espacio cuáles:									
Aseguramiento requerido de energías peligrosas									
QUÍMICA			ELÉCTRICA			TÉRMICA		MECÁNICA	
NEUMÁTICA			HIDRÁULICA			NITRÓGENO		POTENCIAL	
Descripción del procedimiento seguro para el desarrollo de la tarea	Describir de manera secuencial las medidas de control a implementar antes, durante y después del trabajo								
Equipo de protección personal requerido (EPP)				SI	NA	Riesgos identificados		SI	NA
Casco				SI	NA	Ruido		SI	NA
Protección visual				SI	NA	Iluminación		SI	NA
Protección auditiva				SI	NA	Microorganismos/Macrorrganismos		SI	NA
Protección respiratoria				SI	NA	Caída		SI	NA
Guaes				SI	NA	Superficies cortopunzantes		SI	NA
Ropa protectora				SI	NA	Superficies calientes		SI	NA
Calzado de seguridad				SI	NA	Golpeado por o contra		SI	NA
Otros EPP (especifique)				SI	NA	Gases, vapores, humos propios del trabajo		SI	NA
						Sobreesfuerzos del cuerpo		SI	NA
						Otros riesgos		SI	NA
Condiciones Generales									
Competencia y entrenamiento del personal ejecutor								SI	NO
¿El personal ejecutante confirma conocer los procedimientos del trabajo a realizar?									
¿Se verificó la competencia, experiencia, conocimiento del personal que va a ejecutar el trabajo?									
¿El personal ejecutante identifica e interpreta los valores y las alarmas emitidas por el equipo medidor de gases?									
¿Se ha informado al personal ejecutante sobre los peligros y riesgos propios del trabajo, así como las medidas de prevención y control necesarias antes durante y después de realizarlo?									
¿El personal ocupante del área donde se va a realizar el trabajo fue informado sobre el trabajo a realizar?									
Seguridad en maquinas y equipos y herramientas a utilizar								SI	NO
¿Las maquinas y herramientas a utilizar se encontraron en aparente buen estado?									
Verificación de las condiciones de seguridad en el área de trabajo								SI	NO
¿Se ha consultado la ficha de datos de seguridad (Items 2, 4, 5, 6, 8 y 10) de las sustancias químicas comprometidas con el espacio y con la tarea a realizar?									
¿Se ha realizado el bloqueo y etiquetado las energías peligrosas identificadas?									
¿Las tuberías que transportan sustancias químicas peligrosas fueron bloqueadas además con bridas ciegas?									
¿Se ha verificado la ausencia de energías mediante instrumentos de medición; manómetro, termómetro, voltiamperímetro, medidor de flujo, etc...)									
¿Se ha verificado la ausencia de energías peligrosas residuales mediante el intento de puesta en marcha del sistema?									
¿El espacio se encuentra libre de líquidos, gases, vapores y material particulado, peligrosos?									

¿Se ha identificado la probabilidad que las condiciones atmosféricas inicialmente valoradas sea modificadas durante el desarrollo del trabajo?																				
¿La iluminación utilizada cumple con condiciones de seguridad para el desarrollo del trabajo (clasificación del espacio, estado de los tubos y cables, etc..)?																				
¿La ventilación mecánica utilizada cumple con condiciones de seguridad para el desarrollo del trabajo (clasificación del espacio, renovaciones de aire requeridas, cables, etc..)?																				
¿El área de trabajo fue señalizada y delimitada teniendo en cuenta la zona de influencia del trabajo y los potenciales peligros?																				
Preparación para la respuesta a emergencias																	SÍ	NO		
¿Al personal ejecutor se le divulgo el plan de emergencias de la sede.																				
¿Se ha definido un sistema o mecanismo de comunicación entre los ejecutores del trabajo durante su desarrollo (vigía-entrante-supervisor-responsable del área-brigadista de área?																				
¿Se definió el plan de rescate y este fue divulgado al vigía, ejecutor, líder de área, brigadistas del área?																				
¿Se cuenta en el sitio con los recursos necesarios (kit) para realizar un rescate acorde a las condiciones del espacio?																				
Registro de mediciones atmosféricas															Código medidor de Gases					
PARÁMETRO EVALUADO		RANGO SEGURIDAD		Medición Inicial				Mediciones periódicas												
				R1	Hora	R2	Hora	R3	Hora	R4	Hora	R5	Hora	R6	Hora	R7	Hora	R8	Hora	
% COMB	<1 %			24 Horas				24 Horas					24 Horas				24 Horas			
% O ₂	19.5% - 22.0%			24 Horas				24 Horas					24 Horas				24 Horas			
CO	<25 PPM			24 Horas				24 Horas					24 Horas				24 Horas			
H2S	5 PPM (STEL)			24 Horas				24 Horas					24 Horas				24 Horas			
SO2	< 35 PPM (STEL)			24 Horas				24 Horas					24 Horas				24 Horas			
Acciones que fue necesario implementar posterior a los resultados de las mediciones ambientales, para autorizar el ingreso al espacio: Ventilación, iluminación, lavado, EPP especiales..																				
Participantes en la elaboración del permiso																				
Rol		Nombres y Apellidos				# Documento				Firma				Autoreporte de condiciones de salud						
Vigía														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
Trabajador entrante														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
Trabajador entrante														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
Trabajador entrante														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
Trabajador entrante														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
Responsable del área (Persona que emite el permiso)														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
Responsable HSE del contratista (Persona que valida el permiso)														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
Supervisor del Trabajo (Persona que avala el permiso)														¿Declaro estar en buenas condiciones de salud mental y física para ejecutar la tarea? SÍ NO ☐ ☐						
OBSERVACIONES																				
Cierre del Permiso																				
¿La tarea ha sido culminada?						SÍ		NO		¿Se entregó el área limpia y libre de desechos y materiales?						SÍ		NO		
¿El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras ?						SÍ		NO		Supervisor						Firma				
Fecha de cierre		A.		M.		D.		Hora		24 Horas										