R-DRH-HS-005 _v04 Gerencia de Salud y Seguridad Ocupacional	**PERMISO DE INGRESO A ESPACIOS CONFINADOS**	COLOQUE EL LOGO DE LA EMPRESA CONTRATISTA

EMPRESA:	CUIT:
DISTRITO / PLANTA / SECTOR:	

1. ESPACIO CONFINADO

AGUA		**CLOACA**		**OTRO.....**	

UBICACIÓN:			
TIPO DE ESPACIO CONFINADO:			
MOTIVO DE INGRESO:			
DÍA		**HORA**	

ESTE PERMISO ES VÁLIDO SOLAMENTE PARA UN TURNO DE TRABAJO

2. INGRESANTES AUTORIZADOS

APELLIDO Y NOMBRES	**DNI**

3. ASISTENTES Y SUPERVISOR DE INGRESO

APELLIDO Y NOMBRES	**DNI**
ASISTENTES 1:	
ASISTENTES 2:	
ASISTENTES 3:	
SUPERVISOR DE INGRESO:	

4. RIESGOS EMERGENTES

DEFICIENCIA / EXCESO DE OXÍGENO		CORROSIÓN	
GASES TÓXICOS		FÍSICOS	
GASES EXPLOSIVOS		ENTERRAMIENTO	
BIOLÓGICO		OTROS.....	

5. MEDIDAS DE AISLAMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ELEMENTOS	**SI**	**NO**	**ELEMENTOS**	**SI**	**NO**
AISLAMIENTO ÁREA DE SEGURIDAD			ARNESES Y CABO DE VIDA		
SEÑALIZACIÓN ÁREA SEGURIDAD			TRÍPODE CON MALACATE / APARATOS DE IZAJE		
DESENERGIZADO INSTALACIONES			ALARMA DE HOMBRE MUERTO		
VENTILACIÓN NATURAL			ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)		
VENTILACIÓN FORZADA			ILUMINACIÓN (ANTIEXPLOSIVA)		
EQUIPO DE RESPIRACIÓN AUTÓNOMO			EXTINGUIDORES		
MÁSCARAS Y FILTROS			ELEMENTOS DE HIGIENE PERSONAL		
MAMELUCOS DESCARTABLES			EQUIPOS COMUNICACIÓN		
OTROS:			OTROS:		

BLOQUEO DE INGRESO DE LIQUIDO

ESTANCAMIENTO POR: ☐ COMPUERTA ☐ VEJIGA ☐ VALVULA ☐ OTROS:.....

6. MONITOREO ATMOSFÉRICO

CMP: CONCENTRACIÓN MÁXIMA PERMISIBLE

CMP-CPT: ÍDEM PARA CORTOS PERÍODOS DE TIEMPO (15')

PARÁMETRO	SI	NO	CONCENTRACIONES ACEPTABLES CMP	CMP-CPT	REGISTRO DE MEDICIONES 1 HORA:	2 HORA:	3 HORA:	4 HORA:	5 HORA:	6 HORA:
PORCENTAJE DE OXÍGENO			19,5-23,5							
GASES COMBUSTIBLES			MENOR A 10 % LEL							
MONÓXIDO DE CARBONO			0-35(*)	400(*)						
ÁCIDO SULFHÍDRICO			0-10(*)	15(*)						
ÁCIDO CIANHÍDRICO			0-4,5(*)	15(*)						
CLORO			0,1-0,5(*)	1(*)						
OTROS:.....										

(*) Valores expresados en ppm

7. INSTRUMENTAL UTILIZADO
EQUIPO 1
TIPO DE INSTRUMENTO:
MARCA Y NUMERO DE SERIE:
FECHA VENCIMIENTO DE LA CALIBRACIÓN:
EQUIPO 2
TIPO DE INSTRUMENTO:
MARCA Y NUMERO DE SERIE:
FECHA VENCIMIENTO DE LA CALIBRACIÓN:
RESPONSABLE DEL MONITOREO:

8. INTERVENCION DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN CASO DE ACTIVACION DE ALARMA
APELLIDO Y NOMBRE:
RECOMENDACIONES: FIRMA

9. FIRMAS	
FIRMA DEL SUPERVISOR DE INGRESO	**AUTORIZACIÓN POR HIGIENE Y SEGURIDAD (EMPRESA CONTRATISTA):**

TELÉFONO DE ART EMPRESA CONTRATISTA	**EMERGENCIAS 911** **BOMBEROS 100** **SAME 107 (CABA)**