

**ANEXO**  
**FORMULARIOS**



**REGISTRO  
PERMISO DE TRABAJO EN ESPACIO CONFINADO**

DOCGG-GCIL-YPFB

F-2

N° 000000

PERMISO DE TRABAJO (PT)   
 PERMISO DE TRABAJO TEMPORAL (PTT)

Hora de Inicio

Fecha de Inicio

Hora de Fin

Fecha de Fin

**EQUIPO O LUGAR (ESPACIO CONFINADO) A SER INTERVENIDO:**

**IDENTIFICACION DEL TRABAJO:**

**UBICACIÓN DE EQUIPO O LUGAR (ESPACIO CONFINADO):**

**SUPERVISOR DE AREA :**

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (describa brevemente las tareas a realizar)**

1.-	4.-
2.-	5.-
3.-	6.-

**PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR LA AUTORIDAD EJECUTANTE**

	SI	N/A		SI	N/A
Trabajos comunicados a la Máxima Autoridad del Área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se han contemplado salidas de emergencia del lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se determinó la sustancia que contiene el espacio confinada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los factores meteorológicos permiten realizar tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área está libre de líquidos y/o sólidos combustibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con análisis de riesgo (APR) aprobado (fecha, firma, alcance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo y sistema liberado por la operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas inspeccionadas que cumplen condiciones seguras para su uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha verificado ausencia de contaminantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los peligros y riesgos ha sido divulgados a los ejecutantes y fueron comprendidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se necesita herramientas anti chispas (No Férrreas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal tiene competencia/experiencia para realizar los trabajos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe iluminación suficiente y adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal que realizará la actividad conoce la ubicación de los pulsadores de Alarma y/o parada de Emergencia, puntos de encuentro y ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización y limitación de acceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El área de trabajo cumple Orden & Limpieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se identificaron áreas de parqueo alejadas (>6m)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trabajo en condiciones incómodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Está designado el supervisor de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hay una ventilación adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Existe supervisión de tareas de excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se verificaron riesgos por áreas cercanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**EQUIPO DE PROTECCION ESPECIAL Y MEDIOS DE PREVENCION A UTILIZAR EN LOS TRABAJOS**

	SI	N/A		SI	N/A
Mascaras autónomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extintores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mascarilla buco nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	líneas de redes contra incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas protectoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ejecutantes calificados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guantes de cuero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico evaluó aptitud de salud de ejecutantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arnés de seguridad y línea de vida colocada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipos de rescate instalados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
garantizar suministro de oxígeno mínimo de 18% de O2 (por volumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Control de atmosferas frecuentes durante los trabajos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PERSONAL AUTORIZADO PARA LA EJECUCION DE LOS TRABAJOS**

Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
1.-		4.-	
2.-		5.-	
3.-		6.-	

**PERMISO SOLICITADO POR**

**PERMISO APROBADO POR**

Cargo/nombre y apellido	Firma	Cargo/nombre y apellido	Firma

**RENOVACION DEL PERMISO DE TRABAJO**

**CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO**

Nombre del autorizante:	Fecha:	Fecha:	hora:
	Firma:		
		El trabajo ha sido concluido	el trabajo ha sido cancelado
Nombre del autorizante:	Fecha:		Debido a:
	Firma:		
		Firma	



# REGISTRO PERMISO DE TRABAJO EN FRIO

DOCGG-GCIL-YPFB

F-3

N° 0000000

PERMISO DE TRABAJO (PT)

PERMISO DE TRABAJO TEMPORAL (PTT)

Hora de Inicio Fecha de Inicio Hora de Fin Fecha de Fin **EQUIPO O LUGAR A SER INTERVENIDO:**

IDENTIFICACION DEL TRABAJO:

UBICACIÓN DE EQUIPO O LUGAR :

SUPERVISOR DE AREA :

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (describa brevemente las tareas a realizar)**

1.-

4.-

2.-

5.-

3.-

6.-

**PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR LA AUTORIDAD EJECUTANTE**

	SI	N/A		SI	N/A
Se identificaron los riesgos potenciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se han contemplado salidas de emergencia del lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área está libre de líquidos y/o sólidos combustibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los factores meteorológicos permiten realizar tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Están todas las válvulas correctamente rotuladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con análisis de riesgo (APR) aprobado (fecha, firma, alcance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo y sistema liberado por la operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas inspeccionadas que cumplen condiciones seguras para su uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha verificado ausencia de contaminantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los peligros y riesgos ha sido divulgados a los ejecutantes y fueron comprendidos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se necesita herramientas anti chispas (No Férricas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal tiene competencia/experiencia para realizar los trabajos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe iluminación suficiente y adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal que realizará la actividad conoce la ubicación de los pulsadores de Alarma y/o parada de Emergencia, puntos de encuentro ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización y limitación de acceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se inspeccionó el lugar de trabajo?, Orden & Limpieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se identificaron áreas de parqueo alejadas (>6m)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajos comunicados a la Máxima Autoridad del Área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en condiciones incómodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Está designado el supervisor de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hay una ventilación adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Existe supervisión de tareas de excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se verificaron riesgos por áreas cercanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**EQUIPO DE PROTECCION ESPECIAL Y MEDIOS DE PREVENCION A UTILIZAR EN LOS TRABAJOS**

	SI	N/A		SI	N/A
Se cuenta con EPP adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se inhabilitaron las protecciones de seguridad (cortes, alarmas, bloqueos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal capacitado en manejo de frío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con equipo de aire respirable certificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarma de detección de fuego desconectada para dicha zona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con sensor de alarma (BIP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se aplicó el procedimiento para drenar y/o ventilar el equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ha demarcado el área, señaladas las vías de evacuación y colocados los avisos de seguridad respectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se aplicó el procedimiento de lavado y/o soplado del equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**PERSONAL AUTORIZADO PARA LA EJECUCION DE LOS TRABAJOS**

Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
1.-		4.-	
2.-		5.-	
3.-		6.-	

**PERMISO SOLICITADO POR****PERMISO APROBADO POR**

Cargo/nombre y apellido	Firma	Cargo/nombre y apellido	Firma

**RENOVACION DEL PERMISO DE TRABAJO****CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO**

Nombre del autorizante:	Fecha:	Fecha:	hora:
	Firma:	El trabajo ha sido concluido <input type="checkbox"/>	el trabajo ha sido cancelado <input type="checkbox"/>
Nombre del autorizante:	Fecha:	Debido a:	
	Firma:	Firma	



La fuerza que transforma Bolivia

# REGISTRO PERMISO DE TRABAJO ELECTRICOS

DOCGG-GCIL-YPFB

F-4

N° 0000000

PERMISO DE TRABAJO (PT)

PERMISO DE TRABAJO TEMPORAL (PTT)

Hora de Inicio

Fecha de Inicio

Hora de Fin

Fecha de Fin

EQUIPO O LUGAR A SER INTERVENIDO:

IDENTIFICACION DEL TRABAJO:

UBICACIÓN DE EQUIPO O LUGAR :

SUPERVISOR DE AREA :

### DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (describa brevemente las tareas a realizar)

1.-

4.-

2.-

5.-

3.-

6.-

### PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR LA AUTORIDAD EJECUTANTE

	SI	N/A		SI	N/A
Se identificaron los riesgos potenciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se han contemplado salidas de emergencia del lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área está libre de líquidos y/o sólidos combustibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los factores meteorológicos permiten realizar tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Están todas las válvulas correctamente rotuladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con análisis de riesgo (APR) aprobado (fecha, firma, alcance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo y sistema liberado por la operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas inspeccionadas que cumplen condiciones seguras para su uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha verificado ausencia de contaminantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los peligros y riesgos ha sido divulgados a los ejecutantes y fueron comprendidos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se necesita herramientas anti chispas (No Férreas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal tiene competencia/experiencia para realizar los trabajos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe iluminación suficiente y adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal que realizará la actividad conoce la ubicación de los pulsadores de Alarma y/o parada de Emergencia, puntos de encuentro y ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización y limitación de acceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El área de trabajo cumple Orden & Limpieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se identificaron áreas de parqueo alejadas (>6m)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajos comunicados a la Máxima Autoridad del Área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en condiciones incómodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Está designado el supervisor de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hay una ventilación adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Existe supervisión de tareas de excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se verificaron riesgos por áreas cercanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### EQUIPO DE PROTECCION ESPECIAL Y MEDIOS DE PREVENCIÓN A UTILIZAR EN LOS TRABAJOS

	SI	N/A		SI	N/A
El circuito ha sido desenergizado y bloqueado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se eliminó riesgo eléctrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los ejecutantes poseen Tester de tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El piso esta libre de humedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de EPP adecuado para trabajos con electricidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puntos energizados protegidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extintor disponible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se verificó ausencia de tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área aislada y completamente evacuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herramientas dieléctricas adecuadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuentes de tensión conectadas a tierra en caso de cortocircuito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ha monitoreado la explosividad del área, en caso de ser áreas clasificadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PERSONAL AUTORIZADO PARA LA EJECUCION DE LOS TRABAJOS

Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
1.-		4.-	
2.-		5.-	
3.-		6.-	

### PERMISO SOLICITADO POR

### PERMISO APROBADO POR

Cargo/nombre y apellido	Firma	Cargo/nombre y apellido	Firma

### RENOVACION DEL PERMISO DE TRABAJO

### CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO

Nombre del autorizante:	Fecha:	Fecha:	hora:
	Firma:	El trabajo ha sido concluido <input type="checkbox"/>	el trabajo ha sido cancelado <input type="checkbox"/>
Nombre del autorizante:	Fecha:	Debido a:	
	Firma:	Firma	



La fuerza que transforma Bolivia

# REGISTRO PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

DOCGG-GCIL-YPFB

F-5

N° 0000000

PERMISO DE TRABAJO (PT)

PERMISO DE TRABAJO TEMPORAL (PTT)

Hora de Inicio

Fecha de Inicio

Hora de Fin

Fecha de Fin

EQUIPO O LUGAR A SER INTERVENIDO:

IDENTIFICACION DEL TRABAJO:

UBICACIÓN DE EQUIPO O LUGAR:

SUPERVISOR DE AREA :

### DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (describa brevemente las tareas a realizar)

1.-	4.-
2.-	5.-
3.-	6.-

### PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR LA AUTORIDAD EJECUTANTE

	SI	N/A		SI	N/A
Se identificaron los riesgos potenciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se han contemplado salidas de emergencia del lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área está libre de líquidos y/o sólidos combustibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los factores meteorológicos permiten realizar tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Están todas las válvulas correctamente rotuladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con análisis de riesgo (APR) aprobado (fecha, firma, alcance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo y sistema liberado por la operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas inspeccionadas que cumplen condiciones seguras para su uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha verificado ausencia de contaminantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los peligros y riesgos ha sido divulgados a los ejecutantes y fueron comprendidos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se necesita herramientas anti chispas (No Férrreas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal tiene competencia/experiencia para realizar los trabajos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe iluminación suficiente y adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal que realizará la actividad conoce la ubicación de los pulsadores de Alarma y/o parada de Emergencia, puntos de encuentro y ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización y limitación de acceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El área de trabajo cumple Orden & Limpieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se identificaron áreas de parqueo alejadas (>6m)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajos comunicados a la Máxima Autoridad del Área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en condiciones incómodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Está designado el supervisor de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hay una ventilación adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Existe supervisión de tareas de excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se verificaron riesgos por áreas cercanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### EQUIPO DE PROTECCION ESPECIAL Y MEDIOS DE PREVENCION A UTILIZAR EN LOS TRABAJOS

	SI	N/A		SI	N/A
Área sin material combustible o inflamable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangueras conectadas a Hidrantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El equipo/sistema aislado, bloqueado y liberado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extintor a 2m como mínimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tienen disponibles mamparas o pantallas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con Ropa de Trabajo y EPP adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los equipos de corte y soldadura están en condiciones adecuadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal capacitado en combate a fuego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realizó la medición de atmósfera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resguardo contra incendio presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los equipos tiene conexión a tierra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alarma de detección de fuego desconectada para dicha zona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hidrantes disponibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal capacitado en equipos de corte y soldadura ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PERSONAL AUTORIZADO PARA LA EJECUCION DE LOS TRABAJOS

Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
1.-		4.-	
2.-		5.-	
3.-		6.-	

### PERMISO SOLICITADO POR

### PERMISO APROBADO POR

Cargo/nombre y apellido	Firma	Cargo/nombre y apellido	Firma

### RENOVACION DEL PERMISO DE TRABAJO

### CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO

Nombre del autorizante:	Fecha:	Fecha:	hora:
	Firma:	El trabajo ha sido concluido <input type="checkbox"/>	el trabajo ha sido cancelado <input type="checkbox"/>
Nombre del autorizante:	Fecha:	Debido a:	
	Firma:	Firma	



# REGISTRO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA

DOCGG-GCIL-YPFB

F-6

N° 0000000

PERMISO DE TRABAJO (PT)

PERMISO DE TRABAJO TEMPORAL (PTT)

Hora de Inicio  Fecha de Inicio

Hora de Fin  Fecha de Fin

EQUIPO O LUGAR A SER INTERVENIDO:

IDENTIFICACION DEL TRABAJO:

UBICACIÓN DE EQUIPO O LUGAR:

SUPERVISOR DE AREA :

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (describa brevemente las tareas a realizar)**

1.-  4.-

2.-  5.-

3.-  6.-

**PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR LA AUTORIDAD EJECUTANTE**

	SI	N/A		SI	N/A
Se identificaron los riesgos potenciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se han contemplado salidas de emergencia del lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área está libre de líquidos y/o sólidos combustibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los factores meteorológicos permiten realizar tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Están todas las válvulas correctamente rotuladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con análisis de riesgo (APR) aprobado (fecha, firma, alcance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo y sistema liberado por la operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas inspeccionadas que cumplen condiciones seguras para su uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha verificado ausencia de contaminantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los peligros y riesgos ha sido divulgados a los ejecutantes y fueron comprendidos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se necesita herramientas anti chispas (No Férrreas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal tiene competencia/experiencia para realizar los trabajos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe iluminación suficiente y adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal que realizará la actividad conoce la ubicación de los pulsadores de Alarma y/o parada de Emergencia, puntos de encuentro y ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización y limitación de acceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El área de trabajo cumple Orden & Limpieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se identificaron áreas de parqueo alejadas (>6m)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajos comunicados a la Máxima Autoridad del Área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en condiciones incómodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Está designado el supervisor de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hay una ventilación adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Existe supervisión de tareas de excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se verificaron riesgos por áreas cercanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**EQUIPO DE PROTECCION ESPECIAL Y MEDIOS DE PREVENCION A UTILIZAR EN TRABAJOS EN ALTURA A MAS DE 1.8 METROS**

	SI	N/A		SI	N/A
Estado y capacidad adecuada del andamio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguros, abrazaderas y pasadores en buen estado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntos de apoyo estables y resistentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alejado de líneas eléctricas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bases (tablones) asegurados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El tope de la escalera se extiende a 90 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existen barandas laterales (guarda cuerpo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herramientas certificadas adecuadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superficies secas, seguras, no resbalosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Factores ambientales adecuados (viento <30 km/h, sin lluvia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andamio cuenta con roda pies diagonales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ha verificado los lugares de amarre de la estructura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andamio cuenta con vías de acceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa porta herramientas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de trabajo (piso) 100% cubierta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalera en buen estado y segura, aplicar pendiente 4 a 1?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se cuenta con EPP y accesorios adecuados (cinta expansora, eslinga, arnés, barbiquejo, otros) al trabajo en altura que sean certificados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Línea de vida enclavada a estructura resistente (horizontal o vertical, según se requiera)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PERSONAL AUTORIZADO PARA LA EJECUCION DE LOS TRABAJOS**

Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
1.- <input type="text"/>	<input type="text"/>	4.- <input type="text"/>	<input type="text"/>
2.- <input type="text"/>	<input type="text"/>	5.- <input type="text"/>	<input type="text"/>
3.- <input type="text"/>	<input type="text"/>	6.- <input type="text"/>	<input type="text"/>

**PERMISO SOLICITADO POR****PERMISO APROBADO POR**

Cargo/nombre y apellido	Firma	Cargo/nombre y apellido	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**RENOVACION DEL PERMISO DE TRABAJO****CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO**

Nombre del autorizante:	Fecha:	Fecha:	hora:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma:	El trabajo ha sido concluido <input type="checkbox"/>		el trabajo ha sido cancelado <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombre del autorizante:	Fecha:	Debido a:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Firma:	Firma		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		



**REGISTRO  
PERMISO DE TRABAJO DE IZAJE  
Y MOVIMIENTOS DE CARGA**

DOCGG-GCIL-YPFB

F-7

N° 0000000

PERMISO DE TRABAJO (PT)   
PERMISO DE TRABAJO TEMPORAL (PTT)

Hora de Inicio  Fecha de Inicio   
Hora de Fin  Fecha de Fin

**EQUIPO O LUGAR A SER INTERVENIDO:**

**IDENTIFICACION DEL TRABAJO:**

**UBICACIÓN DE EQUIPO O LUGAR:**

**SUPERVISOR DE AREA :**

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (describa brevemente las tareas a realizar)**

1.-	4.-
2.-	5.-
3.-	6.-

**PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR LA AUTORIDAD EJECUTANTE**

	SI	N/A		SI	N/A
Se identificaron los riesgos potenciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se han contemplado salidas de emergencia del lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área está libre de líquidos y/o sólidos combustibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los factores meteorológicos permiten realizar tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Están todas las válvulas correctamente rotuladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se cuenta con análisis de riesgo (APR) aprobado (fecha, firma, alcance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo y sistema liberado por la operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas inspeccionadas que cumplen condiciones seguras para su uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha verificado ausencia de contaminantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los peligros y riesgos ha sido divulgados a los ejecutantes y fueron comprendidos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se necesita herramientas anti chispas (No Férrreas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal tiene competencia/experiencia para realizar los trabajos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe iluminación suficiente y adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal que realizará la actividad conoce la ubicación de los pulsadores de Alarma y/o parada de Emergencia, puntos de encuentro y ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización y limitación de acceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El área de trabajo cumple Orden & Limpieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se identificaron áreas de parqueo alejadas (>6m)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajos comunicados a la Máxima Autoridad del Área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en condiciones incómodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Está designado el supervisor de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hay una ventilación adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Existe supervisión de tareas de excavación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se verificaron riesgos por áreas cercanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**EQUIPO DE PROTECCION ESPECIAL Y MEDIOS DE PREVENCION A UTILIZAR EN TRABAJOS DE IZAJE Y MOVIMIENTOS DE CARGA**

	SI	N/A		SI	N/A
Existe tabla de carga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maquinaria y operador certificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de izaje aislada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El equipo tiene señalizada su máxima capacidad de carga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La estructura donde se anclará el equipo de izaje, soportará la carga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta la grúa en una superficie plana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No existe lluvia, ni vientos > 30 Km/h?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está la carga nivelada y correctamente asegurada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elementos de izaje certificados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El freno o bloqueo del equipo funciona adecuadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las eslingas, estrobo o cadenas que se utilizarán, soportarán el peso de la carga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tiene designado el color del chaleco reflectivo que lo distingue del resto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PERSONAL AUTORIZADO PARA LA EJECUCION DE LOS TRABAJOS**

Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
1.-		4.-	
2.-		5.-	
3.-		6.-	

**PERMISO SOLICITADO POR**

**PERMISO APROBADO POR**

Cargo/nombre y apellido	Firma	Cargo/nombre y apellido	Firma

**RENOVACION DEL PERMISO DE TRABAJO**

**CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO**

Nombre del autorizante:	Fecha:	Fecha:	hora:
	Firma:	El trabajo ha sido concluido	el trabajo ha sido cancelado
Nombre del autorizante:	Fecha:	Debido a:	
	Firma:	Firma	



# REGISTRO ANALISIS DE RIESGO TRABAJO

DOCGG-GCIL-YPFB

F-1

N° 000000

Tarea / Actividad : Fecha y hora de inicio:

Sector/Lugar: Fecha y hora de finalización:

Empresa: Solicitante/Supervisor a Cargo:

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (describa brevemente las tareas a realizar)**

1.-	5.-
2.-	6.-
3.-	7.-
4.-	8.-

**TRABAJOS CRÍTICOS (Marcar con X si requiere algún permiso especial)**

Trabajo en altura	Excavación y zanja	Trabajo de izaje y movimiento de cargas	OTROS:
Trabajos en Frío	Trabajos en líneas o recipientes presurizados	Trabajos Eléctricos	
Trabajo en caliente	Trabajo en espacios confinados	Bloqueo y etiquetado	

**ANALISIS DE ENTORNO (Marcar con X lo que corresponda )**

Orden y Limpieza	Despresurizado de Instalación/Equipo	Temperatura extrema	Hojas de Seguridad
Acceso a extintores	Bloqueo, etiquetado y Señalización de equipos	Purgado Instalación/Equipos	Zonas Resbaladizas
Acceso a monitores o hidrantes	Bloqueo Equipos Próximos	Presencia de productos inflamables	Zonas Calientes
Señalización / Delimitación área de trabajo	Protecciones Mecánicas	Superficie libre de productos combustibles	OTROS:
Corte de Suministros / Fluidos	Protecciones Eléctricas	Pantalla / Mampara	

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marcar con X lo que corresponda )**

Casco	Semimascaras	Arnés Completo	Polainas Cuero
Lentes de Seguridad	Protectores Auditivos	Cola de Amarre	Overol
Antiparras	Protección Facial	Dispositivo Salva caídas	Delantal PVC
Calzado de Seguridad	Careta para Soldar	Colete de cuero	OTROS:
Ropa de Trabajo	Guantes de Vaqueta	Cover all / Tyvek	
Chaleco Reflectivo	Guantes dieléctricos	Botas de Goma	
Botonera	Guantes de soldador	Delantal Mandil de Cuero	
Mascarilla con Filtro	Calzado Dieléctrico	Mangas Cuero	

**ANALISIS DE PELIGROS (Marcar con X lo que corresponda )**

Cortes con objetos	Contacto eléctrico Directo	Quemadura por contacto	Sustancias que pueden dañar los ojos
Atrapamiento	Contacto eléctrico Indirecto	Ruidos (mayores a 85dBA)	Sobre esfuerzo físico
Golpes con herramientas	Contacto con Electricidad Estática	Exposición a temperaturas altas	Deficiencia de oxígeno
Caidas al mismo nivel	Fuego y explosión de gases	Vibraciones	Trabajos en posiciones o lugares incómodos o inadecuados
Caida a distinto nivel (mas de 1,8 m)	Fuego y explosión de líquidos	Iluminación	
Golpes por caída de objetos	Incendios eléctricos (Corto circuito)	Inhalación de sustancias tóxicas (gases, polvos, vapores, humos)	Condiciones climáticas (naturales, externas)
Proyección de partículas	Choque de vehiculos movimiento	Sustancias que pueden causar lesiones por contacto o absorción por la piel	OTROS:
Pisadas sobre objetos punzantes	Atropellamiento	Trabajo con equipos presurizados	
Golpes con objetos fijos o móviles	Trabajo con equipos presurizados		

**MEDIDAS DE CONTROL**

1.-	5.-
2.-	6.-
3.-	7.-
4.-	8.-

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A USAR

**NOMINA DE PERSONAL QUE PARTICIPARA EN LA ACTIVIDAD**

	NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA
1.-	1.-		6.-	
2.-	2.-		7.-	
3.-	3.-		8.-	
4.-	4.-		9.-	
5.-	5.-		10.-	

PERMISO SOLICITADO POR:

PERMISO AUTORIZADO POR:

CARGO/NOMBRE Y APELLIDO

FIRMA

CARGO/NOMBRE Y APELLIDO

FIRMA



## REGISTRO ANALISIS DE RIESGO Y PERMISO DE VIAJE EN VEHICULOS

DOCGG-GCIL-YPFB

F-8

N° 0000000

SALIDA DE ORIGEN		LLEGADA A DESTINO	
CIUDAD-LOCALIDAD		CIUDAD-LOCALIDAD	
LUGAR		LUGAR	
FECHA		FECHA	
HORA		HORA	

**DESCRIPCIÓN BREVE DEL OBJETIVO DEL VIAJE**

---



---



---

**PRECAUCIONES QUE SE DEBE TOMAR ANTES DEL VIAJE**

CONDICIONES DEL CONDUCTOR	SI	NO	CONDICIONES DEL VEHICULO	SI	NO
Cuenta con licencia de conducir vigente (B para livianos, C para pesados)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se realizo el Check List antes de iniciar el viaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuenta con manejo defensivo vigente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vehículo esta en optimas de funcionamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha dormido 8 horas como minimo para efectuar el viaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta con herramientas necesarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha efectuado su control de alcoholemia antes del viaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta con llanta de auxilio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta en condiciones adecuadas para conducir el vehículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta con botiquín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispone del tiempo necesario para efectuar el viaje de forma segura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta con extintores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conoce la ruta para llegar a su destino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta con cinturones de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI HAY ALGUNA RESPUESTA NEGATIVA SE DEBE CAMBIAR DE CONDUCTOR</b>			<b>SI HAY ALGUNA RESPUESTA NEGATIVA SE DEBE CAMBIAR DE VEHICULO</b>		

CONDICIONES CLIMATICAS	SI	NO	CONDICIONES DEL CAMINO	SI	NO
Graniza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asfaltado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tierra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llueve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pedregoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arenoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EQUIPO DE PROTECCION ESPECIAL Y MEDIOS DE PREVENCION EN EL VIAJE**

SI	N/A	SI	N/A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respetar todas las leyes de transito	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usar todos los conocimientos de manejo defensivo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precaución según estado de los caminos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Revisar periódicamente estado del vehículo y carga	<input type="checkbox"/>

**PERSONAL AUTORIZADO PARA VIAJE**

Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
Conductor 1.-		Pasajero 2.-	
conductor 2.-		Pasajero 3.-	
Pasajero 1.-		Pasajero 4.-	

**PERMISO SOLICITADO POR**

CARGO/nOMBRE Y APELLIDO	Firma	PERMISO APROBADO POR	Firma



La fuerza que transforma Bolivia

### REGISTRO

### CHECK LIST SEMANAL DE VEHICULOS LIVIANOS

DOCGG-GCIL-YPFB

F-9

N° 00000000

<b>MARCA:</b>	<b>TIPO:</b>	<b>PLACA:</b>
<b>MODELO:</b>	<b>KILOMETRAJE:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>REGIONAL:</b>	<b>CONDUCTOR:</b>	

DESCRIPCION	ESTADO			OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	
<b>LUCES</b>				
LUCES ALTAS				
LUCES BAJAS				
LUCES DE FRENOS				
LUCES DE RETROCESO				
LUCES INTERMITENTES Y GIÑADORES				
<b>SISTEMA DE ENCENDIDO DEL MOTOR</b>				
NIVEL DE LIQUIDO DE LA BATERIA				
ESTADO DE BORNES				
ALTERNADOR				
MOTOR DE ARRANQUE				
<b>FRENOS</b>				
NIVEL DE LIQUIDO DE FRENOS				
FRENO DE MANO				
<b>LLANTAS</b>				
LLANTAS EN SERVICIO				
LLANTA DE AUXILIO				
<b>MOTOR</b>				
NIVEL DE ACEITE				
NIVEL DE LIQUIDO REFRIGERANTE				
FILTRO DE AIRE DEL PURIFICADOR				
CORREAS DE ACCIONAMIENTO DE ALTERNADOR, BOMBA DE DIRECCION Y				
<b>TRANSMISION</b>				
CRUCETAS DE CARDAN				
SISTEMA DE EMBRAGUE				
RUIDOS ANORMALES				
NIVEL DE LIQUIDO DE EMBRAGUE				
<b>DIRECCION</b>				
JUEGO EN LA DIRECCION				
FUGA DE ACEITE				
<b>ACCESORIOS</b>				
ESPEJOS RETROVISORES				
AGUA EN EL DEPOSITO DEL LIMPIA PARABRISAS				
LUCES INTERIORES				

REVISION DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD	ESTADO			OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	
EXTINTOR				
BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS				
ELEMENTOS DE SEÑALIZACION				
CINTURONES DE SEGURIDAD				
HERRAMIENTAS BASICAS				

.....  
Conductor

.....  
V°B° Supervisor de Mantenimiento

**REGISTRO****CHECK LIST DIARIO DE CAMION CISTERNA GRANELERO**

DOCGG-GCIL-YPFB

F-10

N° 00000000

<b>MARCA:</b>	<b>TIPO</b>	<b>PLACA:</b>
<b>TANQUE DE GLP (M3):</b>	<b>KILOMETRAJE:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>REGIONAL:</b>	<b>CONDUCTOR:</b>	

REVISION DEL CAMION	ESTADO			OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	
Nivel de Combustible				
Nivel de aceite de motor				
Nivel de liquido de freno				
Nivel de refrigerante del motor				
Liquido del limpia parabrisas				
Cinturones de seguridad				
Bloqueador de freno				
Nivel de liquido de embrague				
Espejos retrovisores				
Juego de la dirección				
Luces frontales, traseras, freno, de retroceso y guiñadores				
Sistemas hidráulicos				
Inspección visual de llantas				
Llanta de repuesto				
Encendido y funcionamiento de motor				
Condición de los limpia parabrisas y bocina				
Crucetas del cardan del camión				
Crucetas del cardan del toma fuerza				

REVISION DEL TANQUE DE GLP, ACCESORIOS Y SISTEMAS DE DESCARGA	ESTADO			OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	
Válvulas y conectores de carguío y descarguío de GLP				
Medidor porcentual				
Estado carrete y manguera de descarga				
Válvula de cierre rápido de manguera de descarga				
Medidor másico y lector electrónico				
Bomba de GLP				

REVISION DE ELEMENTOS DE SEGURIDADEN DE CAMION Y TANQUE DE GLP	ESTADO			OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	
Corta corriente				
Arresta llamas				
Extintores				
Botiquín de primeros auxilios				
Conexión de puesta a tierra				
Elementos de señalización (conos, triángulos)				
Equipos de comunicación (Handy)				
Señalética del camión y tanque				
Herramientas básicas				
EPP (ropa de algodón, guantes, gafas, calzados de seguridad, casco, impermeable)				

.....  
Conductor.....  
V°B° Supervisor de Mantenimiento



# REGISTRO

## ORDEN DE TRABAJO PARA MANTENIMIENTOS GRANEL

DOCGG-GCIL-YPFB

F-11

N° 0000000

REGIONAL	FECHA:	HORA DE LLEGADA:	HORA DE SALIDA:
CLIENTE:	DIRECCION:		
CANTIDAD DE TANQUES INSTALADOS:			

ELEMENTOS DEL TANQUE	TK															
	CAP				CAP				CAP				CAP			
	HERMETICIDAD		ESTADO		HERMETICIDAD		ESTADO		HERMETICIDAD		ESTADO		HERMETICIDAD		ESTADO	
	H	F	B	M	H	F	B	M	H	F	B	M	H	F	B	M
MANÓMETRO 0-300 Psi.																
PORCENTUAL																
VÁLVULA DE ALIVIO																
VÁLVULA DE CARGUÍO																
VÁLV. EXTRACCIÓN LÍQ.																
MULTIVÁLVULA																
OBSERVACIONES.-																

ELEMENTOS DE LA RED DE GLP	TK															
	CAP				CAP				CAP				CAP			
	HERMETICIDAD		ESTADO		HERMETICIDAD		ESTADO		HERMETICIDAD		ESTADO		HERMETICIDAD		ESTADO	
	H	F	B	M	H	F	B	M	H	F	B	M	H	F	B	M
REGULADORES DE COBRE																
REGULADOR DE 1° ETAPA																
REGULADOR DE 2° ETAPA																
MANOMETROS DE 0-60/0-30 PSI.																
VALVULAS DE PASO																
JUNTAS ROSCADAS																
OBSERVACIONES.-																

EXTINTORES VIGENTES	SI	NO	ACCESO AL TANQUE	BUENO	MALO
OBSERVACIONES			OBSERVACIONES		

RESPONSABLE DE EJECUCION DEL TRABAJO	CONFORMIDAD POR PARTE DEL CLIENTE	
NOMBRE:	NOMBRE:	
	C.I.:	FECHA:
FIRMA	FIRMA	



La fuerza que transforma Bolivia

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE VISITA TÉCNICA**

**Nº 000918**

Mediante el presente solicito la visita de un técnico de YPFB-DOCGG, para los fines que correspondan:

**Información del interesado**

Nombre / Razón Social:

Contacto:

Dirección:

Teléfono:

E-mail:

**Información de la Actividad del interesado**

Descripción de actividad:

EQUIPOS				
CANTIDAD				
CONSUMO				
POTENCIA				
OTROS				

Combustible que utiliza:

Consumo actual:

Requiere Cotizacion de instalacion de Red de GLP

Tanque propio del Cliente

**DESCRIPCION DEL EQUIPO DEL CLIENTE**

CANT.	CAPACIDAD	MARCA	CODIGO
TOTAL			

Fecha: \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA  
INTERESADO**

DE: .....

A: .....

**JEFE DE UNIDAD DE  
COMERCIALIZACION Y  
REGULACIONES  
YPFB - DOCGG**

**RESPONSABLE DE  
SEGUIMIENTO, LOGISTICA  
DE OPERACIONES Y  
MANTENIMIENTO GRANEL  
YPFB - DOCGG**

**JEFE DE UNIDAD  
DE OPERACIONES  
YPFB - DOCGG**

Fecha: \_\_\_\_\_



