|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Área a revisar: | Encargado del Área: | | |
| Día de la revisión: | | | Localización: |
| ¿Las personas cuentan con su equipo de seguridad? | | | Sí  No |
| ¿Tienen a la vista los señalamientos de seguridad? | | | Sí  No |
| ¿Se les proporciona el reglamento de Seguridad e Higiene a todas las personas que hagan uso del mismo? | | | Sí  No |
| ¿Se aplica el reglamento de Seguridad e Higiene? | | | Sí  No |
| ¿El lugar se encuentra en condiciones seguras para realizar las prácticas? | | | Sí  No |
| ¿Los residuos generados son depositados en los contenedores correspondientes? | | | Sí  No |
| ¿Los contenedores se encuentran etiquetados acorde a su naturaleza? | | | Sí  No |
| ¿Se encuentran equipos e instalaciones eléctricas en buenas condiciones? | | | Sí  No |
| Comentarios: | | | |
| Se identificaron deficiencias:  Sí  No | | | |
| Describa las deficiencias: | | | |
| Acción sugerida para eliminar deficiencias: | | | |
| Responsable a Implementar la Acción Inmediata: | | | |
| Evaluación completada por: | | **Nombre y Firma de quien atendió la revisión:** | |
| **Con copia para el jefe inmediato de la Subdirección** | | | |