|  |  |
| --- | --- |
|  | **TecNM/INSTITUTO TECNOLÓGICO DE APIZACO**  |
| **DEPARTAMENTO: (a)** |
|
| **DOMICILIO (b)** | **Calle y No.:** |   | **Municipio:** |   |
| **Colonia:** |   | **Entidad Federativa:** |  |
| **Ciudad:** |   | **NÚMERO CONSECUTIVO DE VERIF: (c)** |  |
| **C.P.:** |   |  |
| **FECHA Y HORA DEL RECORRIDO DE VERIFICACION (d)** | **TIPO DE RECORRIDO DE VERFICACION: (e)** | Ordinario |   |
| Fecha: |   | Hora de Inicio: |   | Hora de Término: |  | Extraordinario |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
| **ÁREA O ÁREAS DEL CENTRO DE TRABAJO EN LAS QUE SE REALIZÓ EL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN: (f)** |
| 1 |   |
| 2 |   |
| **LOS AGENTES, CONDICIONES Y ACTOS PELIGROSOS O INSEGUROS DETECTADOS DURANTE EL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN: (g)** |
|
| **No.** | **Agente, Condición o Acto Inseguro detectado**  |
| 1 |   |
| 2 |   |
| **MEDIDAS PARA PREVENIR RIESGOS DE TRABAJO DETECTADOS, BASADAS EN EL REGLAMENTO Y NORMAS APLICABLES (h)** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **RECOMENDACIÓN DE SOLUCIONES PARA PREVENIR, ELIMINAR Ó REDUCIR CONDICIONES Ó ACTOS INSEGUROS DETECTADOS (i)** |
|
| **No.** | **Solución recomendada**  | **Prioridad de atención (Días) (l)** |
| 1 |   | INMEDIATA | ALTA | MEDIA | BAJA |
|   | (1 a 3) | (3 a 6) | (6 a 10) |
| 2 |   | INMEDIATA | ALTA | MEDIA | BAJA |
|   | (1 a 3) | (3 a 6) | (6 a 10) |
| **SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES ANTERIORES (j)** |
|
| **No.** | **Avance de recomendaciones anteriores** | **Causa de las recomendaciones pendientes** |
|
| 1 |   |   |
| 2 |   |   |
| **ACTIVIDADES RELEVANTES Y ASUNTOS GENERALES DE LA COMISIÓN (k)** |
|   |   |
|   |   |
|   |
| **NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN QUE PARTICIPARON EN EL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN (l)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |
|  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR EL JEFE/A RESPONSABLE DE ÁREA (m)** |
|   |  |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **RUBRO** | **DESCRIPCIÓN** |
| a | Anotar el nombre del departamento inspeccionado |
| b | Anotar la dirección donde se ubica el departamento inspeccionado |
| c | Anotar el número consecutivo de verificación de la inspección realizada |
| d | Anotar fecha y hora del recorrido de verificación |
| e | Marcar con una **“X“si** el recorrido es ordinario o extraordinario |
| f | Anotar el nombre del área o áreas del departamento a las que se les realizó la verificación |
| g | Anotar el agente, Condición o Acto Inseguro detectados durante el recorrido |
| h | Proponer las medidas para prevenir riesgos de trabajo detectados |
| i | Proponer las recomendaciones de solucione para prevenir, eliminar ó reducir condiciones ó actos inseguros detectados  |
| j | Anotar las acciones de seguimiento a las recomendaciones anteriores (Estatus y/o la causa de las recomendaciones pendientes) |
| k | Anotar las actividades relevantes o asuntos generales de la verificación de parte de la comisión mixta de seguridad e higiene |
| l | Anotar el nombre y firma de los integrantes de la comisión que participaron en el recorrido de verificación |
| m | Anotar el nombre y firma de conformidad por el jefe/a responsable de área |