	CONSERFLOW S.A. DE C.V.		
		CÓDIGO	PSE-01/F-16
Conser tlow	INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA	REVISIÓN	00
<u> </u>		EMISIÓN	30.ENE.24

	INSPECCIÓN DE DUCHAS DE EMERGENCIA		
INSPECCIONADO POR:		FECHA:	
UBICACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO :			

Norma de Referencia: NOM-002-STPS-2010 Condiciones de Seguridad-Prevención y Protección contra Incendios en los Centros de Trabajo

									M	larca la c	asilla c	on una (X) si cu	mple cor	el criteri	io o no												
													CF	RITERIO	A EVALU	AR												
Código de Dispositivo a Inspeccionar	Se encuentra el equipo a un alcance de 10 segundos para su uso La estacion se encuentra adecuadamente equipada? (Valvula de paso, cabezal de ducha y rociadores, tirador abre lluvia)		¿La estacion se encuentra correctamente señalizada y visible?		El acceso a la estación, esta libre de osbtáculos, desniveles, etc.		¿La presión de agua es	¿La presión de agua es suficiente?		El equipo esta instalado a nivel del piso, sin obstaculos		La estacion se encuentra en buen estado y sin fisuras, corroídas o partes dobladas		¿Las palancas de accionamiento se encuentran ajustadas firmemente sin torceduras o daños?		Las palancas de accionamiento actúan de forma rápida y repetida		¿La presión del agua es suficiente para desplazar los capuchones protectores?		¿Se realizan jornadas de limpieza y mantenimiento al equipo?		¿Se cuenta con desagüe para evitar el estancamiento del agua?		¿La estación es accionada periódicamente para verificar el correcto funcionamiento?		suministro de agua ai momento de la inspección?		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
										1																		
					En cas	o de que	algún e	quipo a	nteriorm	nente ins	peccior	nado no	cumpla	con el c	riterio eva	aluado co	ntinuar	con los	siguient	es camp	os							
Código de Dispositivo		Descripción de la Condición Identificada							Acción a Tomar						Responsable							Fec	ha					

ELABORO NOMBRE Y FIRMA

SUPERVISÓ NOMBRE Y FIRMA

CONSERFLOW S.A. DE C.V. CÓDIGO PSE-01/F-16 **Conser** flow INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA REVISIÓN 00 **EMISIÓN** 30.ENE.24 INSPECCIÓN DE ESTACIONES DE ALARMAS DE EMERGENCIA **INSPECCIONADO POR: FECHA: UBICACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO:** Norma de referencia: NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo Marca la casilla con una (X) si cumple con el criterio a evaluar o no **CRITERIO A EVALUAR** Ventilación de la ubicación, accesibilidad, visibilidad, identificación y estado de pulsadores Il sonido de la alarma se escucha en todo el establecimiento? Las uniones del cableado, estan alojadas en cajas de registro El botón de encendido se encuentra en condiciones optimas il personal tiene acceso a la alarma en caso de emergencia? ¿La estación se encuentra conectada a una corriente de luz? Comprobación de alimentación secundaria ¿Las baterias se encuentran en optimas condiciones? ¿Se hacen pruebas de sonido para su funcionamiento? a estación se encuentra limpia (libre de polvo) ¿Esta correctamente señalizada la alarma? ¿Todos identifican el sonido de la alarma? Código de Dispositivo a Inspeccionar 三? Ξ? SI SI NO SI NO NO SI NO En caso de que algún equipo anteriormente inspeccionado no cumpla con el criterio evaluado continuar con los siguientes campos Descripción de la Código de Dispositivo Acción a Tomar Responsable **Fecha** Condición Identificada

ELABORO SUPERVISÓ
NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA

							CONSEI	DEI OW	S.A. DE	CV								
							CONSE	KFLOW	J.A. DE	C.V.					CÓI	DIGO	PSE-0)1/F-16
Conser flow					INSP	ECCIÓN D	DE DISPO	SITIVOS	DE EMER	GENCIA						ISIÓN		00
															EMI	SIÓN	30.EI	NE.24
							INSPEC	CIÓN DE	E LAVA OJ	os								
INSPECCIONADO POR:												FEC	CHA:					
UBICACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO :																		
		Norma de Referencia: NOM-002-STPS-2010, Condiciones de Seguridad-Prevención y Protección Contra Incendios en los Centros de Trabajo																
	Marca la casilla con una (X) si cumple con el criterio a evaluar o no																	
									CRITERIO A	A EVALUAR								
Código de Dispositivo a Inspeccionar	¿El equipo se encuentra completo y en buenas condiciones en general? ¿El equipo se encuentra limpio y libre de elementos de polvo, etc)?		¿El equipo se encuentra en un área	visible y de fácil acceso?	¿El equipo cuenta con	visible?	¿El equipo esta a una altura adecuada (Minimo 63.8 cm. y	máximo 114.3 cm. desde el suelo hasta las boquillas)?	¿La estación se encuentra	correctamente señalizada y visible?	¿El acceso a la estación esta libre de	obstáculos, desniveles, etc?	¿La presión de agua es	suficiente?	¿La solución no esta caducada?			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		En caso d	e que algi	in equipo	anteriorn	nente insp	eccionado	no cum	pla con el c	riterio eval	uado cont	inuar con	los siguie	ntes camp	oos			
Código de Dispositivo		Descripción de la Condición Identificada Acción a Tomar									Responsable Fecha de Cierro							

ELABORO	SUPERVISÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

	CONSERFLOW S.A. DE C.V.
Conserflow	INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERC

NOMBRE Y FIRMA

INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA

CÓDIGO	PSE-01/F-16
REVISIÓN	00
EMISIÓN	30.ENE.24

	INSPECCIÓN DE KIT ANTIDERRAMES		
INSPECCIONADO POR:		FECHA:	
UBICACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO :			

Norma	Norma de Referencia: NOM-002-STPS-2010 Condiciones de Seguridad-Prevención y Protección Contra Incendios en los Centros de Trabajo																										
						Marc	a la c	asilla	con	una (X) si	_					0										
								CRITERIO A EVALUAR																			
Código de Dispositivo a Inspeccionar	res	quimicos (3 pares)			Seguridad re			Overo secha sistent uimico pieza	ble te a os	Cordones absorbentes de 1.5 Mts.			Paños absorbentes (100 piezas)			Respirador de media cara (3 piezas)			Bolsa para residuos (5 piezas)			Filtros 2097 (3 pares)			Pala de plastico (1 pieza)		
	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado	Completo	Incompleto	Mal Estado
							1																				
En caso de	que a	algún	equi	oo an	terior	men	te ins	pecci	onad	lo no	cum	ola co	n el c	criter	io eva	luad	o con	tinua	r con	los	siguie	ntes	camp	os			
Código de Dispositivo			Descr ndiciá					Acción a Tomar								Res	pons	able			Fe	cha c	le cie	rre			
					1																						
	•																										
_		ELABORÓ					SUPERVISÓ																				

NOMBRE Y FIRMA

CONSERFLOW S.A. DE C.V.														
					_						CÓDIGO	PSE-01/F-16		
Conser flow				INS	PECCIÓN DE DISF	OSITIVOS DE E	EMERGENCIA				REVISIÓN	00		
<i>J</i>	<u></u>										EMISIÓN	30.ENE.24		
	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN DE EMERGENCIA													
INSPECCIONADO POR:		FECHA:												
UBICACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO:														
	Norma de Referencia: NOM-002-STPS-2010 Condiciones de Seguridad-Prevención y Protección Contra Incendios en los Centros de Trabajo													
				Marc	ca la casilla con un			no						
						CRITER	RIO A EVALUAR							
Código de Dispositivo a Inspeccionar	¿Se encuentra visible?	¿Se encuentra identificado?	¿Es de facil acceso su ubicación?	¿Se encuentra en un lugar fresco y seco?	¿El botiquin es de fácil transporte? (Peso no excesivo, movible)	¿Se encuentra en buenas condiciones físicas?	¿Se encuentra sin cerraduras o candados?	¿Se encuentra el listado del contenido del botiquín?	¿Se encuentran completos los materiales de acuerdo al listado de inspección y control de botiquin de primeros auxilios?	¿Los frascos contenidos son de plastico y se encuentran cerrados?	¿Los materiales del botiquín estan caducos?	¿El material contenido se encuentra ordenado?		

SI

NO

NO

SI

NO

SI

SI

NO

NO

NO

SI

NO

SI

Código de Dispositivo	Descripción de la Condición Identificada	Acción a Tomar	Responsablle	Fecha de Cierre

En caso de que algún equipo anteriormente inspeccionado no cumpla con el criterio evaluado continuar con los siguientes campos

ELABORÓ	SUPERVISÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

NO

SI

SI

SI

NO

NO

SI

NO

SI

NO

SI

Conse	rtlow

CONSERFLOW S.A. DE C.V.

INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA

CÓDIGO	PSE-01/F-16
REVISIÓN	00
EMISIÓN	30.ENE.24

INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA						
INSPECCIONADO POR:		FECHA:				
UBICACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO:						

Norma de Referencia: NOM-002-STPS-2010 Condiciones de Seguridad-Prevención y Protección Contra Incendios en los Centros de Trabajo																
		M	arca la	casilla	con u	na (X) s	_				0					
	CRITERIO A EVALUAR															
Código de Dispositivo a Inspeccionar	.Se encuentra	visible?	¿Se encuentra	identificada?	¿Es de facil acceso	su ubicación?	Se encuentra en	buenas condiciones físicas?	¿Cuenta con	inmobilizador?	¿Cuenta con	sujetadores para agarre?	¿Cuenta con correas	de seguridad	¿Cuenta con juego de inmobilizadores de	miembro inferior y superior?
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
					4											
En caso de que algún eq	uipo ar	nteriorn	nente i	nspecc	ionado	no cur	npla co	on el cr	iterio e	valuad	o conti	nuar co	on los	siguien	tes car	npos
Código de Dispositivo	Descripción de la Condición identificada			Acción a Tomar			Responsable				Fecha de Cierre					
	, in the second															

ELABORÓ	SUPERVISÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

	CONSERFLOW S.A. DE C.V.
Conser flow	INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERG

INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA

CÓDIGO	PSE-01/F-16
REVISIÓN	00
EMISIÓN	30.ENE.24

	INSPECCIÓN DE DETECTORES DE HUMO		
INSPECCIONADO POR:		FECHA:	
UBICACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO:			

								<u> </u>
Norma de Referencia					-		los Centros de	Trabajo
		Marca la casill	la con una (X)	si cumple co	n el criterio o	no		
				CRITERIO A	A EVALUAR			
Código de Dispositivo a Inspeccionar	¿Se encuentra limpio y sin obstrucciones que puedan afectar su funcionamiento?		obstrucciones que puedan para asegurar el correcto			ntra con la idecuada para en el que se entra?	¿Se encuentra en buenas condiciones las pilas o fuente de energía del sistema?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		+	 					
		+						
		 						
		†						
				*				
	•	V						
En caso de que algún eq	uipo anterior	mente inspec	cionado no ci	umpla con el d	criterio evalua	do continuar	con los siguie	entes campos
CÓDIGO DE DISPOSITIVO		ción de la identificada	Δ	Acción a Toma	ır	Respo	nsable	Fecha de Cierre
			<u> </u>					
			<u> </u>					
			_					
	1							

ELABORÓ	SUPERVISÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA