

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

Marca la casilla con una (X) si cumple con el criterio o no																													
Código de Dispositivo a Inspeccionar	CRITERIO A EVALUAR																												
	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 obstáculos, desniveles, etc.		¿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?		¿Se encuentra habilitado el suministro de agua al 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	SI
En caso de que algún equipo anteriormente inspeccionado no cumpla con el criterio evaluado continuar con los siguientes campos																													
Código de Dispositivo	Descripción de la Condición Identificada								Acción a Tomar								Responsable								Fecha				

ELABORO  
NOMBRE Y FIRMA

SUPERVISÓ  
NOMBRE Y FIRMA

CONSERFLOW S.A. DE C.V.

Conserflow

INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA

CÓDIGO

PSE-01/F-16

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

Código de Dispositivo a Inspeccionar	CRITERIO A EVALUAR																					
	¿Esta correctamente señalizada la alarma?		¿Todos identifican el sonido de la alarma?		¿El personal tiene acceso a la alarma en caso de emergencia?		¿El sonido de la alarma se escucha en todo el establecimiento?		¿Se hacen pruebas de sonido para su funcionamiento?		Comprobación de alimentación secundaria ¿Las baterías se encuentran en óptimas condiciones?		El botón de encendido se encuentra en condiciones óptimas		Las uniones del cableado, están alojadas en cajas de registro		Ventilación de la ubicación, accesibilidad, visibilidad, identificación y estado de pulsadores		¿La estación se encuentra conectada a una corriente de luz?		La estación se encuentra limpia (libre de polvo)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

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

Código de Dispositivo	Descripción de la Condición Identificada	Acción a Tomar	Responsable	Fecha

ELABORO  
NOMBRE Y FIRMA

SUPERVISÓ  
NOMBRE Y FIRMA

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

INSPECCIÓN DE LAVA OJOS			
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																		
Código de Dispositivo a Inspeccionar	CRITERIO A EVALUAR																	
	¿El equipo se encuentra completo y en buenas condiciones en general?		¿El equipo se encuentra limpio y libre de elementos (telarañas, partículas de polvo, etc)?		¿El equipo se encuentra en un área visible y de fácil acceso?		¿El equipo cuenta con instructivo claro y visible?		¿El equipo esta a una altura adecuada (Mínimo 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 de que algún equipo anteriormente inspeccionado no cumpla con el criterio evaluado continuar con los siguientes campos

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

ELABORO  
NOMBRE Y FIRMA

SUPERVISÓ  
NOMBRE Y FIRMA

CONSERFLOW S.A. DE C.V.



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 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 o no

CRITERIO A EVALUAR

Código de Dispositivo a  
Inspeccionar

Guantes  
resistentes a  
químicos  
(3 pares)

Googles de  
Seguridad  
(3 piezas)

Overol  
desechable  
resistente a  
químicos  
(3 piezas)

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 plástico  
(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

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

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

Completo  
Incompleto  
Mal Estado

Completo  
Incompleto  
Mal Estado

Completo  
Incompleto  
Mal Estado

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

Código de Dispositivo

Descripción de la  
Condición identificada


Acción a Tomar

Responsable

Fecha de cierre

ELABORÓ  
NOMBRE Y FIRMA

SUPERVISÓ  
NOMBRE Y FIRMA

CONSERFLOW S.A. DE C.V.			
	INSPECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA	CÓDIGO	PSE-01/F-16
		REVISIÓN	00
		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

Marca la casilla con una (X) si cumple con el criterio o no																									
Código de Dispositivo a Inspeccionar	CRITERIO A EVALUAR																								
	¿Se encuentra visible?		¿Se encuentra identificado?		¿Es de fácil acceso su ubicación?		¿Se encuentra en un lugar fresco y seco?		¿El botiquin es de fácil transporte? (Peso no excesivo, movable)		¿Se encuentra en buenas condiciones físicas?		¿Se encuentra sin cerraduras o candados?		¿Se encuentra el listado del contenido del botiquin?		¿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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
En caso de que algún equipo anteriormente inspeccionado no cumpla con el criterio evaluado continuar con los siguientes campos																									
Código de Dispositivo	Descripción de la Condición Identificada								Acción a Tomar								Responsablle				Fecha de Cierre				

ELABORÓ  
NOMBRE Y FIRMA

SUPERVISÓ  
NOMBRE Y FIRMA

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

Marca la casilla con una (X) si cumple con el criterio o no																
Código de Dispositivo a Inspeccionar	CRITERIO A EVALUAR															
	¿Se encuentra visible?		¿Se encuentra identificada?		¿Es de fácil acceso su ubicación?		¿Se encuentra en buenas condiciones físicas?		¿Cuenta con inmovilizador?		¿Cuenta con sujetadores para agarre?		¿Cuenta con correas de seguridad		¿Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
En caso de que algún equipo anteriormente inspeccionado no cumpla con el criterio evaluado continuar con los siguientes campos																
Código de Dispositivo	Descripción de la Condición identificada				Acción a Tomar				Responsable				Fecha de Cierre			

ELABORÓ  
NOMBRE Y FIRMA

SUPERVISÓ  
NOMBRE Y FIRMA

