



FORMA DE INSPECCIÓN OPERACIONAL

SOP/WI DE ORIGEN: SOP-OP-01-A

ID FORMA: FRM-OP-04-A

Proyecto:

Objeto:																					
Descripción de Tareas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Áreas Inspeccionada	
Apariencia de las pisos	6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA
Alfombras	NA	7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	NA
Paredes, puertas y particiones	NA	NA	8	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	NA
Limpieza de Rejillas de Difusores	NA	NA	NA	9	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	NA
Control de polvo bajo	NA	NA	NA	NA	10	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5	NA
Lavado de aceras exteriores	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6	1
Escaleras	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7	comentario 2
Ventanas, marcos y bordes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	8	NA
Cristales	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	9	NA
Zafacones	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	10	NA
Control de polvo en tuberías	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	11	NA
Stainless Steel	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12	NA
Plafones y/o acústico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	13	NA
Escritorios y topes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	14	NA
Sillas, butacas o muebles	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	15	NA
Lavamanos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	16	NA
Fuentes de agua	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	17	NA
Inodoros y uriniales	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	18	NA
Control de telas de arañas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	19	comentario 3
Total de Puntos	6	7	8	9	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Total:	40
Total de Tareas	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Total:	5
Porciento de Eficiencia	60%	70%	80%	90%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Total:	80%

Leyenda:

Excelente - 10
Bueno - 9
Satisfactorio - 8
Regular - 7
Deficiente - 6

Firma del Supervisor: _____

Fecha: _____

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Hora que terminó la Inspección: _____

Fecha de la próxima Inspección: MAY/06/2020

Comentarios:
