



## FORMA DE INSPECCIÓN OPERACIONAL

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

ID FORMA: FRM-OP-04-A

Proyecto:

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	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1
Alfombras	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2
Paredes, puertas y particiones	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3
Limpieza de Rejillas de Difusores	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4
Control de polvo bajo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5
Lavado de aceras exteriores	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6
Escaleras	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7
Ventanas, marcos y bordes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	8
Cristales	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	9
Zafacones	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	10
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
Stainless Steel	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12
Plafones y/o acústico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	13
Escritorios y topes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	14
Sillas, butacas o muebles	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	15
Lavamanos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	16
Fuentes de agua	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	17
Inodoros y uriniales	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	9	NA	NA	NA	NA	NA	18
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
Total de Puntos	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	Total: 16
Total de Tareas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	Total: 2
Por ciento de Eficiencia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	70%	0%	0%	0%	0%	0%	90%	0%	0%	0%	0%	0%	Total: 80%

**Legenda:**

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

**Firma del Supervisor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** ENE/10/2020

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Hora que terminó la Inspección:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la próxima Inspección:** \_\_\_\_\_

Comentarios:

---



---



---



---