

Fecha: _____ Ciudad: _____ Revisor: _____

| N° | Ítem | Cantidad Revisadas | Hallazgo | Acción | Eficaz ¿Si ó No? | Fecha cumplimiento de la acción y responsable |
|----|--|--------------------|----------|--------|------------------|---|
| 1 | Puertas internas | | | | | |
| 2 | Chapas puertas internas | | | | | |
| 3 | Puertas externas | | | | | |
| 4 | Chapas puertas externas | | | | | |
| 5 | Inspección control de llaves | | | | | |
| 6 | Ventanas internas | | | | | |
| 7 | Ventanas externas | | | | | |
| 8 | Recepción | | | | | |
| 9 | Escritorios, cajones, archivadores, closet | | | | | |
| 10 | Alarma | | | | | |
| 11 | Botones de pánico | | | | | |
| 12 | Extintores | | | | | |
| 13 | Equipos eléctricos | | | | | |
| 14 | Cableados | | | | | |
| 15 | Iluminación | | | | | |
| 16 | Ventilación | | | | | |
| 17 | Equipos de comunicación | | | | | |
| 18 | Baños | | | | | |