

ACTA DE VERIFICACIÓN

DENOMINACION DEL CENTRO DE TRABAJO:		CLINCA DE MEDICINA DEPORTIVA S.A. DE C.V.					
DOMICILIO	Calle y No.:	LUBRAMIENTO DE LA CONCEPCION KM 2	Municipio:	SAN AGUSTIN TLAXIACA			
	Colonia:	LA CONCEPCION	Entidad Federativa:	HIDALGO			
	Ciudad:	LA CONCEPCION	NÚMERO CONSECUTIVO DEL ACTA:				
	C.P.:	42162	NÚMERO DE TRABAJADORES:				
FECHA Y HORA DEL RECORRIDO DE VERIFICACION:			TIPO DE RECORRIDO		Ordinario		
Fecha:		Hora de Inicio:		Hora de Término:		Extraordinario	

ÁREA O ÁREAS DEL CENTRO DE TRABAJO EN LAS QUE SE REALIZÓ EL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN:

1	
---	--

LOS AGENTES, CONDICIONES Y ACTOS PELIGROSOS O INSEGUROS DETECTADOS DURANTE EL RECORRIDO DE VERIFICACION:

No.	Agente, Condición ó Acto Inseguro detectado
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	

MEDIDAS PARA PREVENIR RIESGOS DE TRABAJO DETECTADOS, BASADAS EN EL REGLAMENTO Y NORMAS APLICABLES

1	
---	--

RECOMENDACIÓN DE SOLUCIONES PARA PREVENIR, ELIMINAR Ó REDUCIR CONDICIONES Ó ACTOS INSEGUROS DETECTADOS

No.	Solución recomendada	Prioridad de atención (Días)			
		INMEDIATA (El mismo)	ALTA (1 a 3)	MEDIA (3 a 6)	BAJA (6 a 10)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES ANTERIORES

No.	Avance de recomendaciones anteriores	Causa de las recomendaciones pendientes
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO OCURRIDOS EN EL PERIODO QUE SE REPORTA ASÍ COMO MEDIDAS QUE SE RECOMIENDAN PARA EVITAR SU RECURRENCIA

Análisis de Accidentes ó Incidentes

CAUSAS	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T
Falta de capacitación													
No usar EPP													
Negligencia													
Herramienta ó Equipo dañado													
Trabajo bajo presión													
Instructivos Inadecuado													
Falta de instructivos													
Falta de orden y limpieza (5's)													
Supervisión Inadecuada													
Condiciones del área													
Picadura de animal													
OTROS:													

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA EVITAR LA RECURRENCIA DE LOS INCIDENTES, ACCIDENTES O ENFERMEDADES

ACTIVIDADES RELEVANTES Y ASUNTOS GENERALES DE LA COMISIÓN

LUGAR Y FECHA DE CONCLUSIÓN DEL ACTA:

--

NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN QUE PARTICIPARON EN EL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN
