



**RUTINA DE INSPECCIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.**

<i>Exclusivo DAD</i>	Procede:	Si	No	Folio
----------------------	----------	----	----	-------

Nombre Integrante:	
Puesto:	
Fecha recorrido:	
Área visitada:	

**Puntos importantes a verificar durante el recorrido pero no limitados a:**

- a) Limpieza en el área
- b) Seguridad (Verificar si el área cuenta con extintores, en caso afirmativo revisar la fecha de recarga del equipo)
- c) Verificar que cuenten con el equipo de seguridad necesario y que se encuentre en buenas condiciones (aplica para las áreas que cuenten con este tipo de equipos)
- d) Mobiliario y equipo de oficina necesario y en buenas condiciones (ergonomía)
- e) Iluminación, ventilación y ruido

<b>Descripción/Hallazgo</b>

**Plan de Acción**

<b>Tipo de Acción ( Marque con una X )</b>	<b>Acción:</b>
Correctiva	
Preventiva	
Contención	
Mejora	

Fecha propuesta de término:	
Fecha real de término:	
Nombre y Firma del responsable de ejecutar la acción:	
Nombre y Firma del responsable de aprobar la acción:	
Nombre y Firma del responsable de verificar la acción:	

**Seguimiento de que la acción tomada sea eficaz: (Marque con una X según corresponda)**

Acción implantada	Si	No	15 días	30 días	45 días	Más de 45 días
-------------------	----	----	---------	---------	---------	----------------

**Comentarios:**