LISTA DE CHEQUEO PARA CENTROS

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del centro | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Dirección | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Nombre del responsable | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Persona de contacto | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |
| --- |
| Revisión de DOCUMENTACIÓN |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS (ER) Y PlanificaciónEste documento tiene una vigencia de 4 años. |[ ]
| Fecha ultima ER | Haga clic. |
| Cambios importantes en el centro posteriores a la ER | [ ] SI | [ ] NO |
| Esta cumplimentada la Planificación  | [ ] SI | [ ] NO |
| SOLICITUD nueva ER | [ ] SI | [ ] NO |
| observaciones | Haga clic aquí para escribir texto. |
| DOCUMENTO MEDIDAS DE EMERGENCIAEste documento tiene una vigencia de 4 años deberá revisarse con otro documento de medidas de emergencia o un documento de revisión si no ha habido cambios en el centro |[ ]
| Fecha último documento de medidas de emergencia o revisión | Haga clic. |
| Cambios importantes en el centro posteriores a estos | [ ] SI | [ ] NO |
| SOLICITUD nueva DOCUMENTACION | [ ] SI | [ ] NO |
| IMPLANTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE EMERGENCIAhabrá que comprobar tres aspectos: equipos de emergencia/ formación de los equipos/simulacros |[ ]
| ACTA DE IMPLANTACION | FECHA ULTIMA ACTA | Haga clic. |
|  | los miembros de equipos están trabajando en el centro | [ ] SI | [ ] NO |
|  | los miembros de equipos están FORMADOS | [ ] SI | [ ] NO |
|  | SOLICITUD nueva IMPLANTACION | [ ] SI | [ ] NO |
| SIMULACROS | FECHA ULTIMO SIMULACRO | Haga clic. |
|  | SOLICITUD nuevo SIMULACRO | [ ] SI | [ ] NO |
| observaciones |  |
| Revisión de DOCUMENTACIÓN |
| VIGILANCIA DE LA SALUDAnualmente |[ ]
| DOCUMENTOS DE ACEPTACIÓN  | [ ] SI | [ ] NO |
| observaciones | Haga clic aquí para escribir texto.  |
| INFORMACIÓN |[ ]
| Se han entregado las fichas de información a todos los trabajadores  | [ ] SI | [ ] NO |
| se ha informado de los resultados de la evaluación de riesgos a todos los trabajadores  | [ ] SI | [ ] NO |
| SOLICITUD ficha información especifica  | [ ] SI | [ ] NO |
| observaciones | Haga clic aquí para escribir texto.  |
| FORMACION |[ ]
| Los trabajadores cuentan con la formación necesaria propuesta en la evaluación de riesgos | [ ] SI | [ ] NO |
| Los trabajadores conocen la oferta formativa anual publicada | [ ] SI | [ ] NO |
| SOLICITUD actividad formativa | Anual  | [ ] SI | [ ] NO |
|  | Específica | [ ] SI | [ ] NO |
| observaciones | Haga clic aquí para escribir texto.  |
| EQUIPOS PROTECCIÓN INDIVIDUAL |[ ]
| todos los trabajadores disponen de los EPI necesarios propuestos en la evaluación de riesgos  | [ ] SI | [ ] NO |
| Se reponen los EPI cuando su vida útil termina  | [ ] SI | [ ] NO |
| SOLICITUD  | Nuevos EPI | [ ] SI | [ ] NO |
|  | Reposición  | [ ] SI | [ ] NO |
| observaciones | Haga clic aquí para escribir texto. |
| COORDINACION ACTIVIDADES EMPRESARIALES |[ ]
| Hay trabajadores de empresas externas en el centro | [ ] SI | [ ] NO |
| Hay documento de COORDINACION ACTIVIDADES EMPRESARIALES | [ ] SI | [ ] NO |
| Observaciones | Haga clic aquí para escribir texto.   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE REVISIÓN** |[ ]  **PROGRAMADA** |[ ]  **NO PROGRAMADA** |

Nº REVISIÓN DE SEGURIDAD......Haga clic aquí para escribir texto.

 Fecha..................................Haga clic aquí para escribir texto.

Centro de trabajo………Haga clic aquí para escribir texto.

Situación / Zona donde se realiza la revisión...Haga clic aquí para escribir texto.

|  | SI | NO(\*) | N/A |
| --- | --- | --- | --- |
| **1) GENERAL** |
| Los edificios y locales poseen una estructura y solidez apropiada |[ ] [ ] [ ]
| Disponen de material de primeros auxilios (botiquín accesible y señalizado) |[ ] [ ] [ ]
| La iluminación exterior es adecuada |[ ] [ ] [ ]
| Hay establecido un sistema de mantenimiento preventivo mediante revisiones periódicas, a fin de reducir al máximo los accidentes por fallos y averías |[ ] [ ] [ ]
| Se dispone de un registro de las revisiones efectuadas a todos los elementos de seguridad |[ ] [ ] [ ]
| **2) PASILLOS Y SUPERFICIES DE TRÁNSITO** |
| Se mantienen las condiciones de orden, limpieza y salubridad |[ ] [ ] [ ]
| Existen materiales que sobresalgan de la superficie como clavos, rebabas, etc. |[ ] [ ] [ ]
| Los caminos de evacuación están señalizados correctamente |[ ] [ ] [ ]
| Los pasillos y salidas de emergencia están libres de obstáculos y señalizados |[ ] [ ] [ ]
| Las puertas de salidas de emergencia están dotadas de barra antipánico |[ ] [ ] [ ]
| Los huecos están cubiertos, o protegidos con barandillas de 90 cm. de altura con barra central y rodapié |[ ] [ ] [ ]
| **3) ESPACIOS DE TRABAJO** |
| El suelo es adecuado a las condiciones de uso (resistencia, antideslizante, etc.), es regular y uniforme |[ ] [ ] [ ]
| El suelo se mantiene limpio y libre de sustancias resbaladizas |[ ] [ ] [ ]
| La superficie mínima por trabajador es de 2 m2 |[ ] [ ] [ ]
| **4) ASEOS Y VESTUARIOS.** |
| El vestuario/ aseo tiene capacidad suficiente y existe separación para hombres y mujeres |[ ] [ ] [ ]
| Existen taquillas y bancos suficientes |[ ] [ ] [ ]
| Los aseos tienen capacidad suficiente. Hay agua potable y agua caliente suficiente. |[ ] [ ] [ ]
| **5) COMEDOR/ CAFETERÍA** |
| Hay y se utiliza |[ ] [ ] [ ]
| Está dotado de las instalaciones precisas |[ ] [ ] [ ]
| **6) LAVADERO** |
| Tiene instalación eléctrica antihumedad |[ ] [ ] [ ]
| Dispone de sumideros suficientes y funcionan correctamente |[ ] [ ] [ ]
| **7) ESCALERAS** |
| **Para las escaleras fijas** |
| Existe donde hay un paso regular entre distintos niveles |[ ] [ ] [ ]
| Tienen un mínimo de 1 m de ancho excepto en las de servicio que será de 55 cm |[ ] [ ] [ ]
| **Para las escaleras portátiles** |
| Poseen zapatas antideslizantes en buenas condiciones |[ ] [ ] [ ]
| Los escalones no están pintados y están libres de grasa y aceite |[ ] [ ] [ ]
| Las escaleras defectuosas están marcadas con una señal de peligro y/o se retiran |[ ] [ ] [ ]
| **8) PRODUCTOS QUÍMICOS** |
| Todos los productos almacenados están identificados y correctamente etiquetados y almacenados |[ ] [ ] [ ]
| Se dispone de las fichas de seguridad de todos los productos que se utilizan |[ ] [ ] [ ]
| Se utilizan equipos de protección individual en las operaciones con productos peligrosos |[ ] [ ] [ ]
| **9) PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS** |
| Disponen de Documento de Medidas de Emergencia de las instalaciones |[ ] [ ]   |
| Tienen contrato de mantenimiento de las instalaciones contra incendios con empresa autorizada |[ ] [ ]   |
| Los extintores están distribuidos en la planta de forma que pueda hallarse uno a menos de 15 m. |[ ] [ ]   |
| Hay instaladas luces de emergencia en los pasillos y salidas de emergencia |[ ] [ ] [ ]
| Las bies están distribuidas en la planta de forma que pueda hallarse una a menos de 25 m. |[ ] [ ]   |
| La alarma de incendios funciona correctamente |[ ] [ ]   |
| **10) SEÑALIZACIÓN** |
| Las señales luminosas son adecuadas, no deslumbran, son perceptibles, etc. |[ ] [ ]   |
| Las señales acústicas de los vehículos son audibles y adecuadas |[ ] [ ]   |
| Están señalizados los riesgos de caídas, choques y golpes, uso obligatorio de EPI, vías de evacuación, etc |[ ] [ ] [ ]
| **11) EQUIPOS DE TRABAJO** |
| El equipo dispone de Declaración de Conformidad y/o Marcado CE |[ ] [ ] [ ]
| El equipo de trabajo dispone de manual o instrucciones de trabajo |[ ] [ ] [ ]
| Dispone de un programa y plan de mantenimiento preventivo (incluyendo elementos de seguridad) |[ ] [ ] [ ]
| Cumplen con los requisitos mínimos de seguridad establecidos en el R. D. 1215/1997 |[ ] [ ] [ ]
| Los sistemas de accionamiento son visibles, con indicaciones de la función que realiza y fuera de zonas de peligro. |[ ] [ ] [ ]
| Sólo es posible la puesta en marcha mediante acción voluntaria. |[ ] [ ] [ ]
| (\*) OtrosHaga clic aquí para escribir texto. |
| **OBSERVACIONES** |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

(\*) Reflejar la descripición de la/s deficiencia/s y medidas preventivas a aplicar en la parte inferior del informe.

**Descripción de las deficiencias**

Haga clic aquí para escribir texto.

**Medidas preventivas**

Haga clic aquí para escribir texto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE ACCIÓN DERIVADA** |[ ]  **CORRECTIVA** |[ ]  **PREVENTIVA** |
|  |  |  |  |  |

Responsable de la implantación (RC, Gerentes Correspondiente)

Haga clic aquí para escribir texto.

Fecha:…Haga clic aquí para escribir una fecha.

Implantación.....Haga clic aquí para escribir texto..

| Elaborado | Comprobado por  |
| --- | --- |
| Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha. | Fecha:Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | R. C, Gerente Haga clic aquí para escribir texto. |