



**AUTOVERIFICACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE DISTINTIVO SALUD
CATEGORÍA EMPRESA SALUDABLE**

Criterios que debe cumplir:

1. Ser un establecimiento legalmente constituido y con operaciones en el Estado de Nuevo León.
2. Contar con aviso de funcionamiento o licencia sanitaria con las actividades descritas en el anexo.
3. Aval de cumplimiento con el porcentaje de verificación sanitaria

Puntos a verificar:

Personal que labora en el establecimiento:

PERSONAL	1ER TURNO	2º TURNO	3ER TURNO	TOTAL
Personal ocupacionalmente expuesto				
Personal administrativo				

1.- Características de la construcción:

Construcción: ¿Se aprecian grietas, fisuras filtraciones? INDICAR SI/NO	
Material que está hecho el techo:	()
Material del que está hecho el piso:	()
Material y acabado de paredes:	()

2.- Señalar con una x las áreas de trabajo con las que se cuenta:

Administrativa	()
Recepción	()
Producto terminado	()
De sanitarios	()
Almacén de productos	()
Almacén de materia prima	()
Producción	()
Control de calidad (laboratorio)	()
Residuos peligrosos	()
Planta de tratamiento de aguas residuales	()
Otros, señalar:	



--	--

3. Señalar con una x el equipo de protección personal con el que se cuenta:

Equipo de Protección Personal	Observaciones	INDICAR SI/NO
Casco		()
Googles		()
Lentes		()
Careta		()
Guantes		()
Tapones para los oídos		()
Concha acústica		()
Mascarilla para polvos		()
Mascarilla para vapores		()
Cubre bocas		()
Mandil o peto		()
Zapatos de seguridad		()
Botas		()
Overol		()
Camisa		()
Otro		()

4.- Señale con una X si se cuenta con el equipo contra incendio correspondiente e indique la cantidad de estos.

Equipo	Nº	Adecuados	Mantenimiento	Carga vigente/ presurizado	Acceso	Señalados
Extintores		()	()	()	()	()
Hidrantes		()	()	()	()	()
Otros		()	()	()	()	()
Existe brigada contra incendio (), ¿Quién la conforma?:						

5. Señale con una X si las áreas del establecimiento están libres de exposición a agentes de riesgo, de lo contrario indique el origen.

Nombre del área	Superficie: m2
-----------------	-------------------



Table with 3 columns: Agente, Está libre de:, and Origen probable del agente de riesgo. Rows include Polvo, Humo, Vapor, Niebla, Gas, Liquido derramado, Ruido, Iluminación suficiente, Temperatura, Vibración, and Fauna nociva.

6. El establecimiento cuenta con los siguientes planes, programas (señale con una X en caso de contar con ellos:

Table with 2 columns: Programas and INDICAR SI/NO. Lists various safety and health programs such as prevention of damage to health, risk evaluation, training, and waste management.

Describe la participación de la empresa en la comunidad de Nuevo León. (recolección de PET, sembrado de árboles, ayuda a personas de bajos recursos):



Todas las preguntas incluidas en el listado deberán ser de respuesta afirmativa (Sí), en caso de que incumpla con algún criterio (No), está incurriendo en incumplimiento a la normativa sanitaria; por lo cual no podrá obtener el Distintivo Salud.

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

Fecha de elaboración:	
Nombre de la empresa:	
Nombre y firma de quien realiza la auto verificación:	
Cargo dentro de la empresa:	
Área/departamento al que pertenece:	

EXCLUSIVO PARA FOMENTO SANITARIO