

Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario

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	2° 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:	

Página 1 de 4

ml.gob.mx

Nuevo León Siempre Ascendiendo



Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León Subsecretaría de Regulación v Fomento Sanitario

3. Señalar con una x el equipo de protección per	sonal cor		
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		7	()
Cubrebocas			()
Mandil o peto			()
Zapatos de seguridad			()
Botas			()
Overol			()
Camisa	4		()
Otro			()

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

Equipo	N°	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

Página 2 de 4



Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León Subsecretaría de Regulación v Fomento Sanitario

Agente	Está libre de:	Origen probable del agente de riesgo
Polvo	()	
Humo	()	
Vapor	()	
Niebla	()	
Gas	()	
Liquido derramado	()	
Ruido	()	
Iluminación suficiente	()	
Temperatura	()	
Vibración	()	
Fauna nociva	()	

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

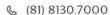
Programas		
	51/	NO
Programa de prevención de daños a la salud (accidentes y/o enfermedades laborales). Donde		
se describa las actividades que se realizan en el establecimiento y se indique los riesgos a los	()
que está expuesto el trabajador y las acciones posibles para su prevención.		
Programa de evaluación de riesgos (químicos, solventes, plaguicidas, asbesto, monóxido de		١
carbono, humo de tabaco)	()
Programa de capacitación. Donde se describa las capacitaciones impartidas al trabajador, en		١
materia de la actividad que se desarrolla, seguridad, manejo de residuos. etc	()
Programa de manejo y disposición final de residuos peligrosos. Donde se describa que tipo de		
residuos se manejan en el establecimiento y se cuente con evidencia física de la disposición	()
de estos.		
El establecimiento cuenta con botiquín de primeros auxilios específico para los productos que		
maneja	()
El establecimiento realiza exámenes médicos de ingreso		
El establecimiento realiza exámenes médicos periódicos		
Programa de compensación por enfermedades ocupacionales. (indemnizaciones,		1
incapacidades temporales, incapacidades permanentes)	()
Estándares de empleo. Que describan las horas fijas trabajadas, hora para tomar alimentos,		1
vacaciones, no discriminación.	(J
Programa de integración del personal (Actividades internas para fomentar el buen ambiente		
laboral)	()

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

Página 3 de 4











Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León Subsecretaría de Regulación v Fomento Sanitario

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:	

Página 4 de 4