



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:	





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		()
Cubrebocas		()
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
-----------------	-------------------

Agente	Está libre de:	Origen probable del agente de riesgo
Polvo	()	





Agente	Está libre de:	Origen probable del agente de riesgo
Humo	()	
Vapor	()	
Niebla	()	
Gas	()	
Líquido 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	INDICAR SI/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 carbono, humo de tabaco)	()
Programa de capacitación. Donde se describa las capacitaciones impartidas al trabajador, en 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, incapacidades temporales, incapacidades permanentes)	()
Estándares de empleo. Que describan las horas fijas trabajadas, hora para tomar alimentos, vacaciones, no discriminación.	()
Programa de integración del personal (Actividades internas para fomentar el buen ambiente laboral)	()

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 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

