|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área a revisar: | | **Encargado del Área:** |
| Día de la revisión: | | **Localización:** |
| **¿Cuentan con su plan de contingencia?** | | **Sí  No** |
| **¿Las puertas de emergencia se encuentran bloqueadas?** | | **Sí  No** |
| **¿Los extintores presentan muestras aparentes de daños?** | | **Sí  No** |
| **¿Cuenta con su equipo para atender una ocurrencia o calamidad?** | | **Sí  No** |
| **Comentarios:** | | |
| **Se identificaron deficiencias:  Sí  No** | | |
| **Describa las deficiencias:** | | |
| **Acción sugerida para eliminar deficiencias:** | | |
| **Responsable a Implementar la Acción Inmediata:** | | |
| Evaluación completada por:  Ing. Rey David Gutiérrez Cigarroa | **Nombre y Firma de quien atendió la revisión:** | |
| Con copia para el Subdirector de Planeación | | |