

FORMULARIO DE INSPECCIÓN DE SEGURIDAD A CENTROS DE TRABAJO

Datos generales	
Nombre del Centro de Trabajo:	
RNC/Cédula:	Teléfono:
Dirección:	
Representante Centro de Trabajo:	
Vinculador de Centro Educativo (evaluador):	
Centro Educativo que Evalúa:	
Código del Centro Educativo:	Fecha:

La evaluación será completada por el centro educativo. *(Marque con una X)*

Instalación	Apto	No apto	Comentario
Higiene general			
Condición baños (mujer/hombre)			
Edificaciones			
Área de trabajo			
Equipos / maquinaria / herramientas			

Seguridad	Apto	No apto	Comentario
Control de acceso			
Cámaras de seguridad			
Servicio de vigilancia (guardián)			
Muros perimetrales			

Salud Ocupacional	Apto	No apto	Comentario
Programa de seguridad ocupacional			
Plan de emergencia			
Señalización			
Uso de equipo de seguridad personal			
Iluminación área de trabajo			

Entorno	Apto	No apto	Comentario
Acceso a transporte público			
Zona vulnerable-peligrosa			

Comentarios generales

Evaluación final del Centro de trabajo	Apto	No apto
Firma del evaluador		