

**OBRA /
PROYECTO/SERVICIO:**

CUENCA:

ÍTEM A SER VERIFICADOS	Si	No	DESVIOS ENCONTRADOS / OBSERVACIONES
1- ¿Existe señalización adecuada en los almacenes de materiales peligrosos?			
2- ¿Tiene disponible el listado de químicos y materiales peligrosos?			
3- ¿Tiene disponible el ATS que incluya el almacenamiento de materiales peligrosos?			
4- ¿Las hojas MSDS están disponibles en el lugar de almacenamiento?			
5- ¿Existe una lista de personal autorizado para manipulación de materiales peligrosos?			
6- ¿Los productos almacenados presentan rotulación con el Rombo de la N.F.P.A.?			
7- ¿Se cuenta con sistemas de contención conforme el estándar CO-PE-1PE324-MA-PS-015?			
8- ¿Existe ventilación adecuada en la zona de almacenamiento?			
9- ¿Los almacenes están restringidos, solo para ingreso de personal autorizado?			
10- ¿Existen evidencia o residuos de derrames de algún producto almacenado?			
11- ¿Las instalaciones están en buen estado de conservación, pisos y techos impermeables?			
12- ¿El personal conoce los procesos de almacenamiento, transporte y manipulación previstos en los procedimientos de Materiales Peligrosos y de Manejo de aceites y combustibles?			
13- ¿Las personas conocen los equipos de protección personal (EPP) indicados para trabajo con materiales peligrosos?			
14- ¿En los almacenes de balones de oxígeno, los cilindros llenos están separados de los vacíos y se encuentran debidamente rotulados y etiquetados?			
15- ¿El almacenamiento y manipulación se encuentra lejos de fuentes de ignición innecesarias incluyendo fuentes portátiles ó trabajos en caliente?			
16- ¿Las instalaciones poseen extintores?			

OBRA / PROYECTO/SERVICIO:		CUENCA:	
--------------------------------------	--	----------------	--

17- ¿Se cuenta con dispositivo portátil o fijo de lavajos en caso de emergencia?			
18- ¿Se cuenta con un botiquín de emergencias?			
19- ¿Las instalaciones poseen kits estacionarios para el control de derrame?			
20- ¿Los residuos están identificados y dispuestos en los recipientes adecuados?			

CALIFICACIÓN / CONCLUSIÓN	MB	B	R	M
Estado General del Almacén				

MB: MUY BUENO **B:** BUENO **R:** REGULAR **M:** MALO

Nombre y Firma del responsable de Almacén	Nombre y Firma del Supervisor	Fecha Próxima Inspección
---	-------------------------------	--------------------------

RESPONSABLE DEL REGISTRO (* Debe ser llenado por área de SSOMA)			
APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FECHA	FIRMA