

Título:

CHECK LIST DE VERIFICACIÓN DE EXTINTORES

Fecha de Verificación: _____

Nombre de Quien Realiza la Verificación	Puesto

Evaluar cada criterio colocando una ✓ en **SI** o **NO**.; si encuentras una desviación documéntala en el área de observaciones correspondiente.

1. Extintores del Área de										
Criterio	Ubicación Correcta		Cuenta con Seguro		Presenta Daños		Cumple Fecha de Caducidad		Correcta Identificación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. de Extintor										

2. Extintores del Área de										
Criterio	Ubicación Correcta		Cuenta con Seguro		Presenta Daños		Cumple Fecha de Caducidad		Correcta Identificación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. de Extintor										

Observaciones Generales

Elaboró:	Revisó:	Se requiere un servicio extraordinario: Si () No () Especifique:
----------	---------	--

Nombre y firma

 Nombre y firma
 Jefe de Mantenimiento