



## LISTADO DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES LABORALES SEGURAS PARA EL SECTOR EMPRESARIAL ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

### Datos generales de la empresa

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ No. Patronal IGSS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 Persona entrevistada: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Actividad Económica: \_\_\_\_\_ Productos Elaborados: \_\_\_\_\_  
 Número de Trabajadores: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Turnos: \_\_\_\_\_  
 Inspector responsable: \_\_\_\_\_ Unidad de Gestión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la visita: \_\_\_\_\_ No. de visita: \_\_\_\_\_ Próxima visita: \_\_\_\_\_

### Check list de verificación de medidas preventivas

| No.                                    | Medida preventiva   | Implementación |    |           | Observaciones |
|--|---|----------------|----|-----------|---------------|
|  |   | Sí             | No | No aplica |               |
| <b>SERVICIO DE SALUD EN LA EMPRESA</b> |   |                |    |           |               |
| 1.                                     | Monitor de SSO, 1 a 9 trabajadores                          |                |    |           |               |
| 2.                                     | Monitor de SSO, Auxiliar de Enfermería                      |                |    |           |               |
| 3.                                     | Monitor de SSO, Enfermero Profesional                       |                |    |           |               |
| 4.                                     | Monitor de SSO, Médico Ocupacional                          |                |    |           |               |
| 5.                                     | Comité Bipartito de SSO                                     |                |    |           |               |
| 6.                                     | Libro de Actas debidamente autorizado                       |                |    |           |               |
| <b>PUESTO DE CONTROL</b>               |   |                |    |           |               |
| 7.                                     | Termómetro infrarrojo sin contacto                          |                |    |           |               |
| 8.                                     | Mascarillas para el Servicio de Salud                       |                |    |           |               |
| 9.                                     | Guantes de látex desechables para el Servicio de Salud      |                |    |           |               |
| 10.                                    | Dispensador con alcohol en gel para manos                   |                |    |           |               |
| 11.                                    | Mascarillas descartables para casos sospechosos de COVID-19 |                |    |           |               |

|                                       |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 12.                                   | Protocolo de actuación por presencia de casos sospechosos de COVID-19                                      |  |  |  |  |
| 13.                                   | Área de aislamiento para casos sospechosos de COVID-19   |  |  |  |  |
| <b>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>      |  |  |  |  |  |
| 14.                                   | Registro diario del control llevado por el Servicio de Salud, en carpeta, firmado y sellado por la empresa |  |  |  |  |
| 15.                                   | Registro semanal, del control realizado por el Servicio de Salud, en el Libro de Actas.                    |  |  |  |  |
| <b>PUESTOS DE TRABAJO</b>             |  |  |  |  |  |
| 16.                                   | Distribución de los puestos de trabajo, permite el distanciamiento social                                  |  |  |  |  |
| <b>BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE</b>    |  |  |  |  |  |
| 17.                                   | Equipo de protección personal para personal de limpieza  |  |  |  |  |
| 18.                                   | Limpieza regular de superficies  |  |  |  |  |
| 19.                                   | Agua, jabón y toallas de papel desechable para el lavado de manos  |  |  |  |  |
| 20.                                   | Alcohol en gel para manos en lugares estratégicos  |  |  |  |  |
| 21.                                   | Socialización de buenas prácticas de higiene para el lavado de manos y al toser o estornudar               |  |  |  |  |
| <b>TRANSPORTE DE LOS TRABAJADORES</b> |  |  |  |  |  |
| 22.                                   | Transporte proporcionado por la empresa para sus colaboradores cuenta con los permisos correspondientes    |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_  
Inspector de Seguridad e Higiene  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de la empresa