**AUTODIAGNÓSTICO PARA LA VISITA DE VERIFICACIÓN**

**CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS SANITARIAS POR COVID-19 MUNICIPIO DE TOLUCA**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE REGISTRO** |
| **HORA** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |  |
| **2. VERIFICADOR** |
| **ADSCRIPCIÓN** | **ÁREA** | **NOMBRE** | **NO. DE EMPLEADO** |
|  |  |  |  |
| **3. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO** |
| **3.1 Razón Social del establecimiento:** |
| **3.2 Responsable del establecimiento:** |
| **3.3 Domicilio del establecimiento:** |
| **3.4 Giro del establecimiento:** |
| **3.5 Número de licencia:** |
| **3.6 PEPC o Plan de Emergencia:** |
| **3.7 Teléfono:** |
| **4. POBLACIÓN** |
| **4.1 Plantilla laboral:** | **En resguardo:** |
| **Hombres** | **Mujeres** | **Total** | **Adultos mayores** | **Enfermos crónicos** | **Embarazadas** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4.3 Visitantes / Usuarios:** |
| **4.4 Horarios de mayor afluencia:** | **10:00** | **15:00** | **20:00** |
| **4.5 Aforo:** |  |  |  |
| **5. MEDIDAS SANITARIAS** |
| **Aspecto a verificar** | **Cumple** | **No cumple** | **Exhibe evidencia** | **Observaciones** |
| **5.1** Cuenta con un punto de desinfección y toma de temperatura por cada 15 trabajadores en los turnos que se manejen (aplicable a establecimientos con más de 50empleados). |  |  |  |  |
| **5.2** Desinfecta herramientas y objetos de uso común al menos dos veces al día. |  |  |  |  |
| **5.3** Cuenta con dispositivo para evitar concentración de más de 10 trabajadores en un mismo espacio. |  |  |  |  |
| **5.4** Cuenta con dispositivo para evitar concentración de más de 10 visitantes en el área de espera. |  |  |  |  |
| **5.5** Cuenta con estricto control de asistencia y acceso de los trabajadores. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aspecto a verificar** | **Cumple** | **No cumple** | **Exhibe evidencia** | **Observaciones** |
| **5.6** Uso obligatorio de cubrebocas. |  |  |  |  |
| **5.7** Cuenta con programa de horarios escalonados de entrada y salida (aplica a establecimientos con más de 50 empleados). |  |  |  |  |
| **5.8** Cuenta con programa de medidas básicas de seguridad y prevención sanitaria para los trabajadores, como el usode guantes y lentes de seguridad. |  |  |  |  |
| **5.9** Cuenta con barreras físicas en las líneas de producción y áreas de trabajo paramantener la sana distancia entre trabajadores y usuarios. |  |  |  |  |
| **5.10** Cuenta con protocolos de seguridad sanitaria para las áreas de carga, entrada y salida de productos. |  |  |  |  |
| **5.11 E**l local mantiene puertas o ventanas abiertas para incrementar los flujos de aire natural. |  |  |  |  |
| **5.12** Cuenta con sistema o programa de control para mantener un aforo máximo de 30%. |  |  |  |  |
| **5.13** Cuenta con instalaciones sanitarias (inodoros y lavabos) en buen estado. |  |  |  |  |
| **5.14** Cuenta con despachadores de gel antibacterial en los accesos y áreas comunes. |  |  |  |  |
| **6. LICENCIA MUNICIPAL DE FUNCIONAMIENTO** |
| **ASPECTO A VERIFICAR** | **SÍ** | **NO** | **ÚLTIMO TRÁMITE** |
| 6.1 Cuenta con licencia municipal de funcionamiento vigente. |  |  |  |
| 6.2 Actividad comercial, industrial o de servicios autorizada. | **ESPECIFICAR** |  |
| 6.3 Se ajusta a la actividad autorizada en la licencia municipal de funcionamiento. |  |  | **OBSERVACIONES** |
| 6.4 Superficie del establecimiento. | **TOTAL DEL PREDIO** | **DE LA UNIDAD ECONÓMICA** |

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****PROPIETARIO RESPONSABLE****NOMBRE Y FIRMA**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****VERIFICADOR****COORDINACIÓN MUNICIPAL DE** **PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****VERIFICADOR****DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO** **ECONÓMICO** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO**  **POR PARTE DE OTRA INSTITUCIÓN** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO**  **POR PARTE DE LA CIUDADANÍA** |
|  |  |

*Se emite el presente autodiagnóstico de conformidad con las facultades conferidas a la Autoridad Municipal establecidas en el* ***Artículo QUINTO del Acuerdo por el que se fortalecen las Medidas Preventivas y de Seguridad para la mitigación y control de los Riesgos para la Salud que implica la enfermedad por el virus (COVID-19), en el Estado de México y se establece un programa de Verificación para su cumplimiento****, publicado en la Gaceta de Gobierno en fecha 22 de abril del 2020.*