**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 50  empleados). | | | |  | | |  | |  | | |  | |
| **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 uso  de guantes y lentes de seguridad. |  |  |  |  |
| **5.9** Cuenta con barreras físicas en las líneas de producción y áreas de trabajo para  mantener 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.*