



AUDITORIA DE SEGURIDAD Y 5 S's



MES

OPERACIÓN

Revise lo siguiente y ponga una X o una ✓ según corresponda

DIA DEL MES

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Tu estación de trabajo 5S's esta limpia, ordenada y completa

¿Hay componentes tirados en tu área de trabajo?

¿Tu silla de trabajo esta en buenas condiciones?

¿Tu mesa de trabajo y/o equipo de prueba están en buenas condiciones?

¿Hay piezas tiradas o no identificadas en piso o mesa de trabajo?

¿La lampara de tu área de trabajo esta en buenas condiciones?

¿Existen en tu área de trabajo cables, mangueras, tubos mal ruteados?

¿Esta tu equipo de trabajo en buenas condiciones (cautín, pinzas, pistola de calor etc.)

¿Esta tu documentación en su lugar correspondiente ?

Firma del Supervisor



AUDITORIA DE SEGURIDAD Y 5 S's

ACCIONES CORRECTIVAS



MES _____