

AUTOEVALUACIÓN SST

Residuos Sólidos



NOMBRE		EMPRESA	
CENTRO DE TRABAJO		FECHA	

IDENTIFICACIÓN	SI	NO	N/A	Observaciones
¿Conoce todos los residuos sólidos que genera su instalación o actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Sabe qué cantidad de residuos sólidos genera mensualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Los residuos sólidos han sido identificados y cuantificados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cuenta con reciclaje o aprovechamiento de los residuos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MANEJO	SI	NO	N/A	Observaciones
¿Conoce el personal las características de los residuos generados y toma las medidas necesarias para su correcta manipulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ALMACENAMIENTO	SI	NO	N/A	Observaciones
¿Los residuos sólidos se almacenan selectivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El Almacenamiento de residuos sólidos, ¿se realiza en envases adecuados para evitar fugas y accidentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cuenta con un sitio autorizado por la autoridad sanitaria para almacenar sus residuos sólidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TRANSPORTE	SI	NO	N/A	Observaciones
La empresa que realiza el transporte de sus residuos, ¿cuenta con autorización sanitaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ELIMINACIÓN	SI	NO	N/A	Observaciones
¿Conoce usted el destino final de sus residuos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El relleno sanitario donde se disponen los residuos, ¿cuenta con autorización sanitaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Declara sus residuos sólidos industriales en la SEREMI de Salud (Ventanilla única)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS GENERALES

Nombre y Firma ejecutor
Cargo:

Nombre y Firma de quien revisa
Cargo:

