



CHECK LIST DE INSPECCIÓN - SISTEMA DE FILTRADO

Realizo

fecha

Hora

30

Periodicidad

Semanal

Rev

0

Correlativo

ESPECIALIDAD

Electrica

SISTEMA

Filtrado

FECHA:

16-03-16

ACTIVIDAD
INSPECCIONADA

Sistema de Filtrado N° 6

AREA/SECTOR

ED 01 - ED 02

VERIFICAR

1.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA

- 1.1 Tablero de General de Fuerza y Control Energizado
- 1.2 Elementos interiores operativos
- 1.3 Tablero Control Local Operativo
- 1.4 Electrovalvulas operativas
- 1.5 Operación Normal desde sala de Control
- 1.6 Motor ventilador Funcionando
- 1.7 Valvula Rotatoria operativa
- 1.8 Tornillo operativo

SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

2.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA MECANICO

- 2.1 Verificación de compresores
- 2.2 Verificación de niveles de aceite
- 2.3 Verificación elementos sueltos o extraños en sistemas motrices
- 2.4 Verificar si aplican modificaciones de terreno en la actividad inspeccionada
- 2.5 Verificar si las modificaciones fueron realizadas
- 2.6 Verificar si aplica no conformidad a la actividad inspeccionada
- 2.7 Verificar que los equipos estén correctamente rotulados y en buenas condiciones de uso
- 2.8 Verificar si tienen la certificación de calibración o verificación que acredite su utilización
- 2.9 Verificar que estén identificados en el protocolos al que validara
- 2.10 Verificar que los protocolos respaldos de la actividad en ejecución se encuentren abiertos con las firmas de validación del proceso en ejecución

SI ☐ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

5.- INSUMOS Y MATERIALES

- 6.1 Verificar que los materiales e insumos correspondan al estándar definido por las especificaciones técnicas
- 6.2 Verificar si los materiales e insumos están en buen estado para ser utilizados

SI ☐ NO ☐ N/A ☐
SI ☐ NO ☐ N/A ☐

OBSERVACIONES

V°B° Jefe de Turno

V°B° Jefe de Mantencion

Nombre:

Nombre:

Firma:

Firma:

Fecha:

Fecha:



CHECK LIST DE INSPECCIÓN - SISTEMA DE FILTRADO

Realizo

fecha

Hora

Periodicidad

Semanal

Rev

0

Correlativo

29

ESPECIALIDAD

Electrica

SISTEMA

Filtrado

FECHA:

09-03-16

ACTIVIDAD
INSPECCIONADA

SISTEMA de Filtrado n° 6

AREA/SECTOR

EDO1 - EDO2

VERIFICAR

1.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA

- 1.1 Tablero de General de Fuerza y Control Energizado
- 1.2 Elementos interiores operativos
- 1.3 Tablero Control Local Operativo
- 1.4 Electrovalvulas operativas
- 1.5 Operación Normal desde sala de Control
- 1.6 Motor ventilador Funcionando
- 1.7 Valvula Rotatoria operativa
- 1.8 Tornillo operativo

SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

2.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA MECANICO

- 2.1 Verificación de compresores
- 2.2 Verificación de niveles de aceite
- 2.3 Verificación elementos sueltos o extraños en sistemas motrices
- 2.4 Verificar si aplican modificaciones de terreno en la actividad inspeccionada
- 2.5 Verificar si las modificaciones fueron realizadas
- 2.6 Verificar si aplica no conformidad a la actividad inspeccionada
- 2.7 Verificar que los equipos estén correctamente rotulados y en buenas condiciones de uso
- 2.8 Verificar si tienen la certificación de calibración o verificación que acredite su utilización
- 2.9 Verificar que estén identificados en el protocolos al que validara
- 2.10 Verificar que los protocolos respaldos de la actividad en ejecución se encuentren abiertos con las firmas de validación del proceso en ejecución

SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

5.- INSUMOS Y MATERIALES

- 6.1 Verificar que los materiales e insumos correspondan al estándar definido por las especificaciones técnicas
- 6.2 Verificar si los materiales e insumos están en buen estado para ser utilizados

SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

OBSERVACIONES

V°B° Jefe de Turno

V°B° Jefe de Mantencion

Nombre:

Nombre:

Firma:

Firma:

Fecha:

Fecha:



CHECK LIST DE INSPECCIÓN - SISTEMA DE FILTRADO

Realizo

fecha

Hora

Periodicidad

Semanal

Rev

0

Correlativo

28

ESPECIALIDAD

Electrica

SISTEMA

Filtrado

FECHA:

02-03-16

ACTIVIDAD

INSPECCIONADA

Sistema de Filtrado N° 6

AREA/SECTOR

ED 01 - ED 02

VERIFICAR

1.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA

- 1.1 Tablero de General de Fuerza y Control Energizado
- 1.2 Elementos interiores operativos
- 1.3 Tablero Control Local Operativo
- 1.4 Electrovalvulas operativas
- 1.5 Operación Normal desde sala de Control
- 1.6 Motor ventilador Funcionando
- 1.7 Valvula Rotatoria operativa
- 1.8 Tornillo operativo

SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

2.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA MECANICO

- 2.1 Verificación de compresores
- 2.2 Verificación de niveles de aceite
- 2.3 Verificación elementos sueltos o extraños en sistemas motrices
- 2.4 Verificar si aplican modificaciones de terreno en la actividad inspeccionada
- 2.5 Verificar si las modificaciones fueron realizadas
- 2.6 Verificar si aplica no conformidad a la actividad inspeccionada
- 2.7 Verificar que los equipos estén correctamente rotulados y en buenas condiciones de uso
- 2.8 Verificar si tienen la certificación de calibración o verificación que acredite su utilización
- 2.9 Verificar que estén identificados en el protocolos al que validara
- 2.10 Verificar que los protocolos respaldos de la actividad en ejecución se encuentren abiertos con las firmas de validación del proceso en ejecución

SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

5.- INSUMOS Y MATERIALES

- 6.1 Verificar que los materiales e insumos correspondan al estándar definido por las especificaciones técnicas
- 6.2 Verificar si los materiales e insumos están en buen estado para ser utilizados

SI ☒ NO ☐ N/A ☐
SI ☒ NO ☐ N/A ☐

OBSERVACIONES

V°B° Jefe de Turno

V°B° Jefe de Mantencion

Nombre:

Nombre:

Firma:

Firma:

Fecha:

Fecha:

Mantenedor
Daniel Vallejo