



CHECK LIST DE INSPECCIÓN - SISTEMA DE FILTRADO

Realizo

Ponisco J.

fecha

05-03-2016

Hora

09:00

Periodicidad

Semanal

Rev

0

Correlativo

27

ESPECIALIDAD

Electrico

SISTEMA

Filtrado 1-5

FECHA:

05-03-2016

ACTIVIDAD
INSPECCIONADA

Sistema de filtrado 1 al 6

AREA/SECTOR

Oficio # 3

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 Mantenion

Nombre:

Nombre:

Firma:

Firma:

Fecha:

Fecha:

Elaborado: Ponisco J. Ruiz

CHECK LIST DE INSPECCIÓN - SISTEMA DE FILTRADO

Realizo francisco fecha 08-03-2016 Hora 14/00
 Periodicidad Semanal Rev 0 Correlativo 28

ESPECIALIDAD Electrico SISTEMA Filtro 1-5 FECHA: 08-03-2016
 ACTIVIDAD INSPECCIONADA Sistema de filtrado 1 a 5 AREA/SECTOR Edificio # 3

VERIFICAR

1.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA

- | | | | | |
|-----|---|--|-----------------------------|---|
| 1.1 | Tablero de General de Fuerza y Control Energizado | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Elementos interiores operativos | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | Tablero Control Local Operativo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.4 | Electrovalvulas operativas | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 1.5 | Operación Normal desde sala de Control | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 1.6 | Motor ventilador Funcionando | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 1.7 | Valvula Rotatoria operativa | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 1.8 | Tornillo operativo | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |

2.- VERIFICACION VISUAL SISTEMA MECANICO

- | | | | | |
|------|--|--|-----------------------------|---|
| 2.1 | Verificación de compresores | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | Verificación de niveles de aceite | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | Verificación elementos sueltos o extraños en sistemas motrices | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.4 | Verificar si aplican modificaciones de terreno en la actividad inspeccionada | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.5 | Verificar si las modificaciones fueron realizadas | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.6 | Verificar si aplica no conformidad a la actividad inspeccionada | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | Verificar que los equipos estén correctamente rotulados y en buenas condiciones de uso | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 2.8 | Verificar si tienen la certificación de calibración o verificación que acredite su utilización | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 2.9 | Verificar que estén identificados en el protocolos al que validara | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |

5.- INSUMOS Y MATERIALES

- | | | | | |
|-----|--|--|-----------------------------|------------------------------|
| 6.1 | Verificar que los materiales e insumos correspondan al estándar definido por las especificaciones técnicas | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| 6.2 | Verificar si los materiales e insumos están en buen estado para ser utilizados | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES

V°B° Jefe de Turno	V°B° Jefe de Mantención
Nombre:	Nombre:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:

Montenedor : francisco J. Ruiz

[Signature]

CHECK LIST DE INSPECCIÓN - SISTEMA DE FILTRADO

Realizo

Francisco

fecha

15-03-2015

Hora

09:00

Periodicidad

Semanal

Rev

0

Correlativo

29

ESPECIALIDAD

Electricidad

SISTEMA

Filtro 1-5

FECHA:

15-03-2015

ACTIVIDAD INSPECCIONADA

Sistema de filtrado 1 al 5

AREA/SECTOR

Edificio #3

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 ☐

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:

Montador: Francisco J. Rait P.

