



## Hoja número 1 reverso

4. SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						
APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE			
4.1. NOMBRE: (19) <input style="width: 100%;" type="text"/>						
4.2. SECTOR: (20)      OFICIAL <input type="checkbox"/> SINDICAL <input type="checkbox"/>						
4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC) <input style="width: 100%;" type="text"/> (21)						
4.4. ACEPTACION DEL CARGO: _____ (FIRMA)						
5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)						
5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL: (22)						
	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMB	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
S U P L E N T E S	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL: (23)						
	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMB	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
S U P L E N T E S	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
6. DOCUMENTACIÓN ANEXA						
(INVARIABLEMENTE SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS OFICIOS DE REFERENCIA AL PRESENTE FORMATO)						
6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL (24)						
NÚMERO DE OFICIO: <input style="width: 100%;" type="text"/>		FECHA: <input style="width: 100%;" type="text"/>				
		A A A A M M D D				
6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL (25)						
NÚMERO DE OFICIO: <input style="width: 100%;" type="text"/>		FECHA: <input style="width: 100%;" type="text"/>				
		A A A A M M D D				

Para el llenado de este apartado, serán los mismos datos asentados en el registro de la comisión.

Deberán firmar los mismos trabajadores

## Hoja número 2 anverso

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES						
PERIODO: (26)						
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
No. (27)	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (28)	UNIDAD DE MEDIDA (29)	ENE-MAR (30)	ABR-JUN (30)	JUL-SEP (30)	OCT-DIC (30)
1	LLEVAR A CABO RECORRIDOS DE VERIFICACIÓN AL CENTRO DE TRABAJO (SOLO COMISIONES AUXILIARES)	VERIFICACIÓN				
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO	CURSOS				
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS				
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD	CAMPAÑAS				
5	OTRAS (ESPECIFICAR)					

  

8. ACTA DE VERIFICACIÓN						
FECHA DE LA VERIFICACIÓN (31)			TIPO DE VERIFICACIÓN		TRIMESTRE QUE SE REPORTA (34)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			ORDINARIA (32)	EXTRAORDINARIA (33)	1	2
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)				OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)		
No. INCIDENCIA CLAVE (1,2,3,4)	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)		PROPUESTAS REALIZADAS POR LA C.S.S.T., PARA LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, EN EL CENTRO DE TRABAJO:		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

  

SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) (36)					
No. INCIDENCIA CLAVE (1,2,3,4)	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)			
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

  

SUBSANADAS (EN EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA HA SIDO CORREGIDA LA INCIDENCIA EN SU TOTALIDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO) (37)							
SÓLO ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA							
1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: (38)	ACCIDENTE DE TRABAJO (39)	ENFERMEDAD PROFESIONAL (39)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  

(40) \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Anotar las fechas que corresponden al cuarto trimestre (2013-10-01) (2013-12-31)

En fecha de verificación anotar la fecha en que realiza la verificación teniendo como fecha límite 20 de enero de 2014.  
Tipo de verificación, ordinaria.

Llenar con forme al catálogo que se encuentra en hoja número 2 reverso.  
**Ejemplo:**  
Incidencia clave: (15)  
Trimestre: (3)  
Año: (13)

Fecha en que se terminó de realizar la verificación.