



REGISTRO Y FUNCIONAMIENTO DE COMISIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

COMISIÓN: CENTRAL ESTATAL AUXILIAR

ASPECTO (S) QUE SE REPORTA (N): REGISTRO ACTUALIZACIÓN CALENDARIO VERIFICACIÓN

CLAVE DE LA COMISIÓN

(1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (2)

(EN CASO DE REGISTRO DE LA COMISIÓN, LA CLAVE SERÁ PROPORCIONADA POR EL ISSSTE)

(3) DEPENDENCIA O ENTIDAD:

(4) CENTRO DE TRABAJO:

(5) RAMO ADMINISTRATIVO:

--	--	--	--	--	--

(SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

(6) 1.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT.

(7) 1.3. CD. Y ENT. FED.

(8) 1.4. COLONIA

(9) 1.5. CÓDIGO POSTAL

--	--	--	--	--

 No. TELEFÓNICO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(10) 1.6. No. DE TRABAJADORES
(SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES)

(11) 1.7. TURNOS DE TRABAJO: DIURNO NOCTURNO MIXTO

2. ORGANIZACIÓN SINDICAL

(12) 2.1. NOMBRE DEL SINDICATO O SECCIÓN SINDICAL QUE CORRESPONDE AL CENTRO DE TRABAJO.

(13) 2.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT.

(14) 2.3. CD. Y ENT. FED.

(15) 2.4. COLONIA

(16) 2.5. CÓDIGO POSTAL

--	--	--	--	--

 No. TELEFÓNICO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

(17) 3.1. NOMBRE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

(18) 3.2. CARGO

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

PERIODO: (26)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	A	A	A	M	M	D	D

A

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	A	A	A	M	M	D	D

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	A	A	A	M	M	D	D

(31)

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA EXTRAORDINARIA

(32)

(33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

(34)

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)						OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)	
No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	ANO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	No.	INCIDENCIA CLAVE		TRIMESTRE (1,2,3,4)
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROPUESTAS REALIZADAS POR LA C.S.S.T., PARA LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, EN EL CENTRO DE TRABAJO:

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

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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

(38)

(39)

(39)

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: _____ ACCIDENTE DE TRABAJO ENFERMEDAD PROFESIONAL
 (LA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE CADA UNO DE LOS RIESGOS, DEBERÁN REPORTARSE EN EL FORMATO ENAT-1).

a _____ de _____ de 20 _____

(40)

CONDICIONES PELIGROSAS Y/O DE RIESGO (INCIDENCIA)

01 INSTALACIÓN DE GAS EN MALAS CONDICIONES.	16 ALMACENAMIENTO DE MATERIAL O EQUIPO CON EXCESO DE PESO EN ÁREAS DE TRABAJO.
02 ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS EN ÁREAS DE TRABAJO.	17 CANCELERIA DE PUERTAS Y VENTANAS EN MAL ESTADO.
03 EQUIPO CONTRA INCENDIO INEXISTENTE.	18 VIDRIOS ROTOS.
04 EQUIPO CONTRA INCENDIO INAPROPIADO O CARENTE DE MANTENIMIENTO.	19 INSTALACIONES ELÉCTRICAS DEFECTUOSAS O MAL UTILIZADAS.
05 PISOS EN MAL ESTADO.	20 INSTALACIONES HIDRÁULICAS O DE DRENAJE CARENTES DE MANTENIMIENTO.
06 ESCALERAS SIN PASAMANOS O CON ESCALONES DETERIORADOS.	21 TINACOS Y CISTERNAS SIN MANTENIMIENTO DE LIMPIEZA.
07 ESCALERAS SIN PROTECCIÓN ANTIDERRAPANTE.	22 MOBILIARIO DE TRABAJO INADECUADO.
08 FALTA DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.	23 FALTA DE MANTENIMIENTO AL EQUIPO DE TRABAJO.
09 NO EXISTEN SALIDAS DE EMERGENCIA.	24 FALTA DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS O CALENTADORES.
10 FALTA DE SEÑALAMIENTOS.	25 CONDICIONES INAPROPIADAS DE RUIDO Y VIBRACIONES.
11 SANITARIOS CARENTES DE MANTENIMIENTO.	26 MALAS CONDICIONES TÉRMICAS O DE PRESIÓN.
12 CONDICIONES DE VENTILACIÓN INADECUADAS.	27 FALTA DE FUMIGACIÓN.
13 FALTA DE MANTENIMIENTO DE LUMINARIAS.	99 DIVERSAS (ESPECIFICAR).
14 MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACIÓN EN MUROS Y AZOTEAS.	
15 ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES

APLICACIÓN DE APARTADOS DE ESTE FORMATO

ASPECTOS A REPORTAR	PUNTOS A REQUISITAR EN EL FORMATO	COMISIONES		
		CENTRALES	ESTATALES	AUXILIARES
REGISTRO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(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).	X	X	X
ACTUALIZACIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(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).	X	X	X
CALENDARIO DE ACTIVIDADES.	(1), (2), (3), (4), (21), (22), (23), (26), (27), (28), (29), (30).	X	X	X
ACTA DE VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN AUXILIAR DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(1), (2), (3), (4), (21), (22), (23), (31), (32) ó (33), (34), (35) ó (36) ó (37), (38), (39).			X

NOTA: EN LOS CASOS EN QUE SEA NECESARIO REPORTAR DOS O MAS ASPECTOS EN ESTE FORMATO, ÚNICAMENTE SE DEBERÁ COMPLEMENTAR EL REQUISITADO DE LOS PUNTOS CORRESPONDIENTES A DICHS ASPECTOS.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- | | |
|--|---|
| <p>(1) NÚMERO DE CLAVE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ASIGNADA POR EL ISSSTE.</p> <p>(2) EN AQUELLOS CASOS QUE EXISTAN CENTROS AGRUPADOS EN UNA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, MENCIONAR EL NÚMERO CORRESPONDIENTE AL CENTRO DE TRABAJO (01 A 99). CUANDO SE TRATE DE ALTA DE LA COMISIÓN CON CENTROS AGRUPADOS, LA COMISIÓN AGRUPADORA ÚNICAMENTE DEBERÁ DE REQUISITAR LOS APARTADOS DE REGISTRO CORRESPONDIENTE.</p> <p>(3) ANOTAR NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD A LA QUE PERTENECE EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(4) ANOTAR LA DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(5) ANOTAR EL NÚMERO DE RAMO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.</p> <p>(6) ANOTAR EL DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(7) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD Y SIGLAS DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(8) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(9) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO TELEFÓNICO.</p> <p>(10) ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS AL ISSSTE QUE LABORAN EN EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(11) SEÑALAR EL TURNO DE TRABAJO SEGÚN CORRESPONDA.</p> <p>(12) NOMBRE DEL SINDICATO.</p> <p>(13) ANOTAR EL DOMICILIO DEL SINDICATO.</p> <p>(14) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD Y SIGLAS DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.</p> <p>(15) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.</p> <p>(16) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO TELEFÓNICO.</p> <p>(17) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGIRÁ COMO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p> <p>(18) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p> <p>(19) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGIRÁ COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p> <p>(20) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.</p> <p>(21) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO (SIN HOMOCLEAVE).</p> | <p>(22) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROPIETARIOS Y SUPLENTE POR PARTE OFICIAL, PUESTO O CARGO Y FIRMA DE CADA UNO.</p> <p>(23) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PROPIETARIOS Y SUPLENTE POR PARTE SINDICAL, CARGO O REPRESENTACION Y FIRMA DE CADA UNO.</p> <p>(24) ANOTAR EL NÚMERO DE OFICIO CON EL CUAL SE DESIGNAN A LOS REPRESENTANTES OFICIALES QUE PARTICIPARÁN EN LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y FECHA DEL MISMO (ADJUNTAR OFICIO AL PRESENTE FORMATO).</p> <p>(25) ANOTAR EL NÚMERO DE OFICIO CON EL CUAL SE DESIGNAN A LOS REPRESENTANTES SINDICALES QUE PARTICIPARÁN EN LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y FECHA DEL MISMO (ADJUNTAR OFICIO AL PRESENTE FORMATO).</p> <p>(26) PERIODO QUE COMPRENDE EL CALENDARIO DE ACTIVIDADES.</p> <p>(27) NÚMERO DE ACTIVIDAD A DESARROLLAR.</p> <p>(28) DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES QUE DESARROLLARÁ LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DURANTE EL AÑO. EL FORMATO CONTIENE CUATRO ACTIVIDADES BÁSICAS QUE DEBERÁN DESARROLLAR LAS COMISIONES AUXILIARES CADA AÑO. LA No. 5 Y SIGUIENTES CORRESPONDERÁ A ACTIVIDADES QUE CONSIDERE NECESARIO LLEVAR A CABO CADA COMISIÓN PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO.</p> <p>(29) UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD.</p> <p>(30) SE DEBERÁ DE MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE DENTRO DEL CUAL SE PROGRAME LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS, DANDO PRIORIDAD A LOS RECORRIDOS DE VERIFICACION.</p> <p>(31) ANOTAR AÑO, MES Y DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO LA VERIFICACIÓN.</p> <p>(32) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES ORDINARIA.</p> <p>(33) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES EXTRAORDINARIA.</p> <p>(34) MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.</p> <p>(35) INCIDENCIAS DETECTADAS: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LAS OBSERVE POR PRIMERA VEZ.</p> <p>(36) INCIDENCIAS SUBSISTENTES: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO A LA FECHA DEL RECORRIDO DE VERIFICACION NO ESTEN CORREGIDAS EN EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(37) ÚNICAMENTE ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA QUE HA SIDO CORREGIDA EN EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(38) ANOTAR EL TOTAL DE RIESGOS DE TRABAJO QUE SE PRESENTARON DURANTE EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.</p> <p>(39) ANOTAR LA CANTIDAD QUE CORRESPONDE AL TIPO DE RIESGO.</p> <p>(40) ANOTAR LA FECHA EN LA CUAL SE REQUISITA ESTE FORMATO.</p> |
|--|---|