



## 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 (EN CA	ASO DE REGISTRO DE LA	COMISIÓN, LA CLAVE SEI	RÁ PROPORCIONADA POR	EL ISSSTE)
DEPENDENCIA O ENTIDAD:				
CENTRO DE TRABAJO:				
RAMO ADMINISTRATIVO:	SÓLO PARA REGISTRO P	OR PRIMERA VEZ)		
	1. DATOS DEL	CENTRO DE TRA	ВАЈО	
UBICACION: CALLE Y No. EXT. E				
CD. O ESTADO Y ALCALDIA O MUNICIPIO				
COLONIA				
CÓDIGO POSTAL		No. TELEFÓNICO(S)		EXT.(S)
No. DE TRABAJADORES (SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS	COMISIONES AUXILIARE	S)		
TURNOS DE TRABAJO: DIURN	10	NOCTURNO	MIX	го
	2. ORGANI	ZACIÓN SINDICA	<b>AL</b>	
NOMBRE DEL SINDICATO O SECCIÓN SINDICAL QUE CORRESPONDE AL CENTRO DE TRABAJO.				
UBICACION: CALLE Y No. EXT. E INT.				
CD. O ESTADO Y ALCALDÍA O MUNICIPIO				
COLONIA				
CÓDIGO POSTAL		No. TELEFÓNICO(S)		EXT.(S)
3. PRESIDENTE DE				
NOMBRE APELL	IDO PATERNO	APELLIDO	) MATERNO	NOMBRE(S)
CARGO				





	4. SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓ  APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRE(S)			
NOMBRE: E-MAIL:														
			_											
REGISTRO FEDERAL	L DE CONTRIBUYENT	TES CON HOMOCLAV	'E:											
CARGO:														
FIRMA ACEPTACIO	ON DEL CARGO:													
	5. INTEGRACIO	ÓN DE LAS REP	RESENTACIO	ONES	(VO	CALE	ES)							
REPRESENTA	CIÓN OFICIAL:													
A. PATERNO	) A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO C EN LA D								FIRMA			
P R														
o									1 [					
i E			] [						」   					
т									╵					
A R														
0														
s									」   					
s			<u> </u>						] <u> </u>					
U P														
L			1						] [					
E			1 1											
N T			] [ ] [						」┌─ ┐┌─					
N L														
N T E S	CIÓN SINDICAL:													
N T E S	CIÓN SINDICAL:  A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO								FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO		NOMBRE(S)									FIRMA	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		
REPRESENTAL A. PATERNO		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTATION  A. PATERNO  P R O P I E T A		NOMBRE(S)									FIRMA	\		
REPRESENTAT  A. PATERNO  P R O P I E T A R I		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAT  A. PATERNO  P R O P I E T A R		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S U P		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S S U P L E E		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S S U P L E N T		NOMBRE(S)									FIRMA			
REPRESENTAT  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S S U P L E N T E			CUBRE	DENTR							FIRMA			
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S U P L E N T E S S	A. MATERNO	6. DOCUMEN	CUBRE  CUBRE  CUBRE	EXA	RO DB	ELSINI	DICAT							
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S U P L E N T E S (INVARIABLE	A. MATERNO  A. MATERNO	6. DOCUMEN ÁN ADJUNTAR LOS	CUBRE  TACIÓN AN S OFICIOS DE I	EXA	RO DB	ELSINI	DICAT							
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S U P L E N T E S (INVARIABLE	A. MATERNO  A. MATERNO	6. DOCUMEN	CUBRE  TACIÓN AN S OFICIOS DE I	EXA	RO DB	ELSINI	DICAT							
REPRESENTAL  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S  S U P L E N T E S  (INVARIABLE	A. MATERNO  A. MATERNO	6. DOCUMEN ÁN ADJUNTAR LOS	CUBRE  TACIÓN AN S OFICIOS DE I	EXA	RO DB	ELSINI	DICAT	NTE		MATC	D)			
REPRESENTA  A. PATERNO  P R O P I E T A R I O S S  (INVARIABLE OFICIO DE DE	A. MATERNO  A. MATERNO  EMENTE SE DEBER  SIGNACIÓN DE REI	6. DOCUMEN ÁN ADJUNTAR LOS	CUBRE  CU	EXA	RO DB	ELSINI	PRESE	NTE		MATC	D)			



7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES									
	PERÍODO:	A A A M M	D D	А	A A	A A M 1	M D D		
No.	DESCRIPCIÓN DE ACTI		UNIDAD DE MEDIDA	ENE-MAR		JUL-SEP	OCT-DIC		
1	LLEVAR A CABO RECORRIDOS DE CENTRO DE TRABAJO (SOLO COMISI		VERIFICACIÓN						
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE S SALUD EN EL TRABAJO		CURSOS						
3	DIFUSION DE MATERIAL		CARTELES, TRÍPTICOS O						
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD EN EL TRABAJO Y SALUD E		FOLLETOS CAMPAÑAS						
5	OTRAS (ESPECIFICAR)								
			VERIFICACIÓ	)N					
FEG	CHA DE LA VERIFICACIÓN  A A A M M D D	TIPO DE ORDINARIA	VERIFICACIÓN  EXTRAORD	INARIA	TRIME	STRE QUE S	E REPORTA  3 4		
	DETECTADAS (PC			OE	BSERVACION	ES (SÓLO IN	CIDENCIA 99		
No. IN	NCIDENCIA TRIMESTRE ANO CLAVE (1,2,3,4) (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	140.	RIMESTRE ANO 1,2,3,4) (ÚLTIMOS DÍGITO	DOS					
2		6		╝	PROPUESTA	S REALIZAD	AS POR LA		
3		7			S.S.T., PARA I. ACTORES DE D		I EL CENTRO		
4		8							
	SUBSISTENTES (PERSISTEN DE	VERIFICACIONES A	NTERIORES)						
	NCIDENCIA TRIMESTRE ANO CLAVE (1,2,3,4) (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)		RIMESTRE ANO 1,2,3,4) (ÚLTIMOS DÍGITO	DOS					
2		6							
3		7							
4		8							
SUBSA	NADAS (EN EL TRIMESTRE QUE SE RE	PORTA HA SIDO CORI	REGIDA LA INCIDI	ENCIA EN SU	TOTALIDAD E	EN EL CENTRO	D DE		
TRABA		NOTAR EL NÚMERO DE O	CLAVE DE LA INCIDE	NCIA SUBSAN	ADA				
	1 2 3 3	4 4	5 SLAVE DE LA INCIDE	6	7	8			
No. D	E RIESGOS DE TRABAJO: A (LA DESCRIPCIÓN COMPLETA	ACCIDENTE DE TRAE , de cada uno de los f			RMEDAD PRO				
			а	de		de 20	)		

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO



## CONDICIONES PELIGROSAS Y/O DE RIESGO (INCIDENCIA)

- 01 INSTALACIÓN DE GAS EN MALAS CONDICIONES
- 02 ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS EN ÁREAS DE TRABAJO.
- 03 EQUIPO CONTRA INCENDIO INEXISTENTE.
- 04 EQUIPO CONTRA INCENDIO INAPROPIADO O CARENTE DE MANTENIMIENTO
- 05 PISOS EN MAL ESTADO.
- 06 ESCALERAS SIN PASAMANOS O CON ESCALONES DETERIORADOS.
- 07 ESCALERAS SIN PROTECCIÓN ANTIDERRAPANTE.
- 08 FALTA DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.
- 09 NO EXISTEN SALIDAS DE EMERGENCIA.
- 10 FALTA DE SEÑALAMIENTOS.
- ]] SANITARIOS CARENTES DE MANTENIMIENTO.
- 12 CONDICIONES DE VENTILACIÓN INADECUADAS.
- 13 FALTA DE MANTENIMIENTO DE LUMINARIAS.
- 14 MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACIÓN EN MUROS Y AZOTEAS.
- 15 ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.

- 16 ALMACENAMIENTO DE MATERIAL O EQUIPO CON EXCESO DE PESO EN ÁREAS DE TRARAJO.
- 17 CANCELERIA DE PUERTAS Y VENTANAS EN MAL ESTADO.
- 18 VIDRIOS ROTOS.
- 19 INSTALACIONES ELÉCTRICAS DEFECTUOSAS O MAL UTILIZADAS.
- 20 INSTALACIONES HIDRÁULICAS O DE DRENAJE CARENTES DE MANTENIMIENTO.
- 21 TINACOS Y CISTERNAS SIN MANTENIMIENTO DE LIMPIEZA
- 22 MOBILIARIO DE TRABAJO INADECUADO.
- 23 FALTA DE MANTENIMIENTO AL EQUIPO DE TRABAJO.
- 24 FALTA DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS O CALENTADORES.
- 25 CONDICIONES INAPROPIADAS DE RUIDO Y VIBRACIONES.
- 26 MALAS CONDICIONES TÉRMICAS O DE PRESIÓN.
- 27 FALTA DE FUMIGACIÓN.
- 99 DIVERSAS (ESPECIFICAR).

## 98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES

