



4. SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE:

E-MAIL:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE:

CARGO:

FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

REPRESENTACIÓN OFICIAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S					
S U P L E N T E S					

REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S					
S U P L E N T E S					

6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

(INVARIABLEMENTE SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS OFICIOS DE REFERENCIA AL PRESENTE FORMATO)

OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO:

FECHA:

OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO:

FECHA:

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

PERÍODO:

A

A A A A M M D D A A A A M M D D

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC
1	LLEVAR A CABO RECORRIDOS DE VERIFICACIÓN AL CENTRO DE TRABAJO (SOLO COMISIONES AUXILIARES)	VERIFICACIÓN				
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CURSOS				
3	DIFUSION DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS				
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SALUD EN GENERAL	CAMPAÑAS				
5	OTRAS (ESPECIFICAR)					

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

A A A A M M D D

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA

EXTRAORDINARIA

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

1

2

3

4

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ)				OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)				
No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	
1				5				
2				6				
3				7				
4				8				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)								
No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	
1				5				
2				6				
3				7				
4				8				

SUBSANADAS (EN EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA HA SIDO CORREGIDA LA INCIDENCIA EN SU TOTALIDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO)

SÓLO ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

12345678

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

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

HOJA 2 DE 2



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