

**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

(1) CLAVE DE LA COMISIÓN 

2	0	1	1	0	1	3	0	0	2	5	8	1	9	9	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

(2) DEPENDENCIA O ENTIDAD: 

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
--------------------------------

(3) CENTRO DE TRABAJO: 

CIIDIR UNIDAD OAXACA
----------------------

(4) RAMO ADMINISTRATIVO: 

--	--	--	--	--

  
(SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ) SSSS!

**1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

(5) 1.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT. 

HORNOS
--------

1003
------

(6) 1.3. CD. Y ENT. FED. 

SANTA CRUZ XOXCOTLÁN, OAXACA
------------------------------

(7) 1.4. COLONIA 

NOCHE BUENA
-------------

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL 

7	1	2	3	0
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO 

5	1	7	0	6	1	0
---	---	---	---	---	---	---

5	1	7	0	4	0	0
---	---	---	---	---	---	---

(9) 1.6. No. DE TRABAJADORES (SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES) 

165
-----

(10) 1.7. TURNOS DE TRABAJO: DIURNO  NOCTURNO  MIXTO

**2. ORGANIZACIÓN SINDICAL**

(11) 2.1. NOMBRE DEL SINDICATO O SECCIÓN SINDICAL QUE CORRESPONDE AL CENTRO DE TRABAJO. 

SECCIÓN 60 DELEGACIÓN D-VI-IPN-45
-----------------------------------

SECCIÓN 11 DELEGACIÓN D-III-232
---------------------------------

(12) 2.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT. 

HORNOS
--------

1003
------

(13) 2.3. CD. Y ENT. FED. 

SANTA CRUZ XOXCOTLÁN, OAXACA
------------------------------

(14) 2.4. COLONIA 

NOCHE BUENA
-------------

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL 

7	1	2	3	0
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO 

5	1	7	0	6	1	0
---	---	---	---	---	---	---

5	1	7	0	4	0	0
---	---	---	---	---	---	---

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

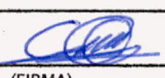
(16) 3.1. NOMBRE 

APELLIDO BELMONTE	PATERNO JIMÉNEZ	MATERNO SALVADOR ISIDRO	NOMBRE
----------------------	--------------------	----------------------------	--------

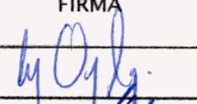

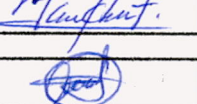
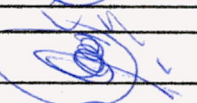
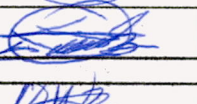
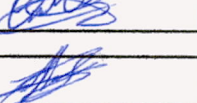
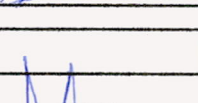
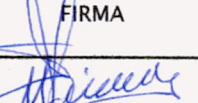
(17) 3.2. CARGO 

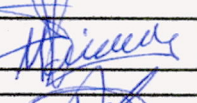
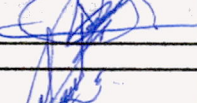
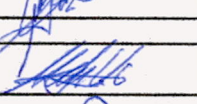
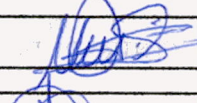

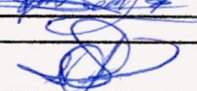
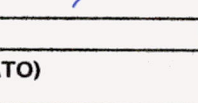
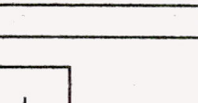
DIRECTOR DEL CIIDIR UNIDAD OAXACA
-----------------------------------

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

	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE
(18)	4.1. NOMBRE:	CRUZ	AGUILAR	ALEJANDRO
(19)	4.2. SECTOR:	OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	SINDICAL <input type="checkbox"/>	
(20)	4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC)	C U A A 7 2 0 8 0 7		
(21)	3.2. CARGO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO		
	4.4. ACEPTACION DEL CARGO:	 (FIRMA)		

#### 5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

	5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:					
	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
PROPIETARIOS	ORTIZ	LÓPEZ	ANGÉLICA		COORDINADORA DE ENLACE Y GESTIÓN TÉCNICA	
	SÁNCHEZ	GARCÍA	HILARIO		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	HERNÁNDEZ	TOLENTINO	MARTÍN		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO Y RECURSOS FINANCIEROS	
	CRUZ	RUÍZ	GABRIEL ISAÍAS		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE POSGRADO	
SUPLENTE	ORTIZ	MENDOZA	ARIEL		ABOGADO DELEGADO	
	MARTÍNEZ	RAMÍREZ	MARIBEL		RESPONSABLE DEL SERVICIO MÉDICO	
	MARTÍNEZ	RUÍZ	OFELIA		PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	SÁNCHEZ	RAMÍREZ	HUGO DAVID		PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	

	5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:					
	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
PROPIETARIOS	ALVARADO	JIMÉNEZ	MIGUEL ÁNGEL		REPRESENTANTE SINDICAL · PERSONAL DOCENTE SECCIÓN 60 SNTE DELEGACIÓN D-VI-IPN-45	
	CRUZ	MALDONADO	JOSÉ JAIME		SECRETARIO GENERAL · SECCIÓN 11 SNTE DELEGACIÓN SINDICAL D-III-232	
	ROBLES	MARTÍNEZ	MARÍA DE LOURDES		PERSONAL DOCENTE	
	RODRÍGUEZ	VARELA	ALICIA EDITH		SECRETARIA TÉCNICA · SECCIÓN 11 SNTE DELEGACIÓN SINDICAL D-III-232	
SUPLENTE	LUSTRE	SÁNCHEZ	HERMES		PERSONAL DOCENTE	
	MARTÍNEZ	GALLEGOS	VERÓNICA DEL CARMEN		PERSONAL DOCENTE	
	ANTONIO	DE JESÚS	NATANAEL		PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	PÉREZ	CASTRO	DOMINGO		PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	

#### 6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

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

	6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL					
NÚMERO DE OFICIO:	D/CEGT/033/2021 D/CEGT/034/2021			FECHA:	2 0 2 1 0 5 2 8 A A A A M M D D	

	6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL					
NÚMERO DE OFICIO:	SPD/01/2021 DS/095/2021			FECHA:	2 0 2 1 0 5 3 1 2 0 2 1 0 5 3 1 A A A A M M D D	

**7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

(26)

PERIODO:

2	0	2	1	0	4	0	1
A	A	A	A	M	M	D	D

A

2	0	2	1	0	6	3	0
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		x	x	x
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO	CURSOS			x	x
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS			x	x
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD	CAMPAÑAS			x	x
5	OTRAS (ESPECIFICAR)					

**8. ACTA DE VERIFICACIÓN**

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

2	0	2	1	0	6	2	3
A	A	A	A	M	M	D	D

(31)

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA  EXTRAORDINARIA

(32) (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

(34)  1  2  3  4

**DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)**


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	27	2	21	5			
2	18	2	21	6			
3				7			
4				8			

**OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)**

Referentes a los siguientes campos, con base en el Informe de Verificación Ordinaria (Segundo Trimestre - 2021: 2, 4b, 7, 10, 11c, 13c, 15c, 18c, 19a-b, 20a, 21a, 25d, 27b, 28b-c, 32a-b-c-d, 35a, 37b, 39, 40, 41, 44, 45d, e-g, 46a, 48a-b-c, 49b, 50, 51b, 52a-b-d, 54b, 55, 60a, 62b-d-f, 64, 65a-b-d, 69b, 71b-e-g, 74c-h-i.

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

Se solicita al Departamento de Recursos Materiales y Servicios del CIIDIR Unidad Oaxaca, que dichas propuestas se integren al Programa Anual de Mantenimiento a Inmuebles.

  
 ISSS de  
 SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
 DEPARTAMENTO DE RENDICIÓN DE CUENTAS  
 SEGURIDAD DE HIGIENE Y SALUD  
 EN EL 16/07/2021

**SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) (36)**

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	99	1	14	5	03	1	14
2	19	1	14	6	15	1	14
3	10	1	14	7	03	1	14
4	20	1	14	8	99	1	14

**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	07	2	11	3	13	4	14	5	17	6	21	7		8	
---	----	---	----	---	----	---	----	---	----	---	----	---	--	---	--

(38)

(39)

(39)

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: 0 ACCIDENTE DE TRABAJO 00 ENFERMEDAD PROFESIONAL 00  
 (LA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE CADA UNO DE LOS RIESGOS, DEBERÁN REPORTARSE EN EL FORMATO ENAT-1).

(40)

Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, a 12 de julio de 2021

## 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. 11 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 TRABAJO. 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). <b>98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES</b>
---	---

### 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), (40).	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), (26), (27), (28), (29), (30), (40).	X	X	X
CALENDARIO DE ACTIVIDADES.	(1), (2), (3), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (26), (27), (28), (29), (30), (40).	X	X	X
ACTA DE VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN AUXILIAR DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(1), (2), (3), (20), (21), (22), (23), (31), (32) ó (33), (34), (35) ó (36) ó (37), (38), (39), (40).			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

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NÚMERO DE CLAVE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ASIGNADA POR EL ISSSTE.</li> <li>(2) ANOTAR NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD A LA QUE PERTENECE EL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(3) ANOTAR LA DENOMINACION DEL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(4) ANOTAR EL NÚMERO DE RAMO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.</li> <li>(5) ANOTAR EL DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(6) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD Y SIGLAS DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(7) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(8) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO TELEFÓNICO.</li> <li>(9) ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS AL ISSSTE QUE LABORAN EN EL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(10) SEÑALAR EL TURNO DE TRABAJO SEGÚN CORRESPONDA.</li> <li>(11) NOMBRE DEL SINDICATO.</li> <li>(12) ANOTAR EL DOMICILIO DEL SINDICATO.</li> <li>(13) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD Y SIGLAS DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.</li> <li>(14) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.</li> <li>(15) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO TELEFÓNICO.</li> <li>(16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGIRÁ COMO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</li> <li>(17) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</li> <li>(18) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGIRÁ COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</li> <li>(19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.</li> <li>(20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO (SIN HOMOCALVE).</li> <li>(21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>(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.</li> <li>(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.</li> <li>(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).</li> <li>(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).</li> <li>(26) PERIODO QUE COMPRENDE EL CALENDARIO DE ACTIVIDADES.</li> <li>(27) NÚMERO DE ACTIVIDAD A DESARROLLAR.</li> <li>(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.</li> <li>(29) UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD.</li> <li>(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.</li> <li>(31) ANOTAR AÑO, MES Y DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO LA VERIFICACIÓN.</li> <li>(32) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES ORDINARIA.</li> <li>(33) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES EXTRAORDINARIA.</li> <li>(34) MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.</li> <li>(35) INCIDENCIAS DETECTADAS: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LAS OBSERVE POR PRIMERA VEZ.</li> <li>(36) INCIDENCIAS SUBSISTENTES: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO A LA FECHA DEL RECORRIDO DE VERIFICACION NO ESTEN CORREGIDAS EN EL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(37) ÚNICAMENTE ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA QUE HA SIDO CORREGIDA EN EL CENTRO DE TRABAJO.</li> <li>(38) ANOTAR EL TOTAL DE RIESGOS DE TRABAJO QUE SE PRESENTARON DURANTE EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.</li> <li>(39) ANOTAR LA CANTIDAD QUE CORRESPONDE AL TIPO DE RIESGO.</li> <li>(40) ANOTAR LA FECHA EN LA CUAL SE REQUISITA ESTE FORMATO.</li> </ol> |
|---|--|

**7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

(26)

PERIODO:

2	0	2	1	0	4	0	1
A	A	A	A	M	M	D	D

A

2	0	2	1	0	6	3	0
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		x	x	x
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO	CURSOS			x	x
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS			x	x
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD	CAMPAÑAS			x	x
5	OTRAS (ESPECIFICAR)					

**8. ACTA DE VERIFICACIÓN**

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

2	0	2	1	0	6	2	3
A	A	A	A	M	M	D	D

(31)

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA  EXTRAORDINARIA

(32)

(33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

1  2  3  4

(34)

1

2

3

4

**DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)**

No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
1 27	2	21
2 18	2	21
3		
4		

No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
5		
6		
7		
8		

**OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)**

Referentes a los siguientes campos, con base en el Informe de Verificación Ordinaria (Segundo Trimestre - 2021: 2, 4b, 7, 10, 11c, 13c, 15c, 18c, 19a-b, 20a, 21a, 25d, 27b, 28b-c, 32a-b-c-d, 35a, 37b, 39, 40, 41, 44, 45d, e-g, 46a, 48a-b-c, 49b, 50, 51b, 52a-b-d, 54b, 55, 60a, 62b-d-f, 64, 65a-b-d, 69b, 71 b-e-g, 74c-h-i.

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

Se solicita al Departamento de Recursos Materiales y Servicios del CIIDIR Unidad Oaxaca, que dichas propuestas se integren al Programa Anual de Mantenimiento a Inmuebles.



**SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) (36)**

No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
1 02	1	14
2 12	1	14
3 08	1	14
4 01	1	14

No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
5		
6		
7		
8		

**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 07    2 11    3 13    4 14    5 17    6 21    7    8

(38)

(39)

(39)

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: 0 ACCIDENTE DE TRABAJO 00 ENFERMEDAD PROFESIONAL 00  
 (LA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE CADA UNO DE LOS RIESGOS, DEBERÁN REPORTARSE EN EL FORMATO ENAT-1).

(40)

Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca , a 12 de julio de 20 21

**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.	<b>98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES</b>
15 ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	

**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), (40).	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), (40).	X	X	X
CALENDARIO DE ACTIVIDADES.	(1), (2), (3), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (26), (27), (28), (29), (30), (40).	X	X	X
ACTA DE VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN AUXILIAR DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(1), (2), (3), (20), (21), (22), (23), (31), (32) ó (33), (34), (35) ó (36) ó (37), (38), (39), (40).			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**

- (1) NÚMERO DE CLAVE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ASIGNADA POR EL ISSSTE.
- (2) ANOTAR NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD A LA QUE PERTENECE EL CENTRO DE TRABAJO.
- (3) ANOTAR LA DENOMINACION DEL CENTRO DE TRABAJO.
- (4) ANOTAR EL NÚMERO DE RAMO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.
- (5) ANOTAR EL DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO.
- (6) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD Y SIGLAS DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.
- (7) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.
- (8) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO TELEFÓNICO.
- (9) ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS AL ISSSTE QUE LABORAN EN EL CENTRO DE TRABAJO.
- (10) SEÑALAR EL TURNO DE TRABAJO SEGÚN CORRESPONDA.
- (11) NOMBRE DEL SINDICATO.
- (12) ANOTAR EL DOMICILIO DEL SINDICATO.
- (13) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD Y SIGLAS DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.
- (14) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.
- (15) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO TELEFÓNICO.
- (16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGIRÁ COMO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- (17) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- (18) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGIRÁ COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.
- (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO (SIN HOMOCIAVE).
- (21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

- (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.
- (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.
- (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).
- (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).
- (26) PERIODO QUE COMPRENDE EL CALENDARIO DE ACTIVIDADES.
- (27) NÚMERO DE ACTIVIDAD A DESARROLLAR.
- (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.
- (29) UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD.
- (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.
- (31) ANOTAR AÑO, MES Y DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO LA VERIFICACIÓN.
- (32) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES ORDINARIA.
- (33) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES EXTRAORDINARIA.
- (34) MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.
- (35) INCIDENCIAS DETECTADAS: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LAS OBSERVE POR PRIMERA VEZ.
- (36) INCIDENCIAS SUBSISTENTES: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO A LA FECHA DEL RECORRIDO DE VERIFICACION NO ESTEN CORREGIDAS EN EL CENTRO DE TRABAJO.
- (37) ÚNICAMENTE ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA QUE HA SIDO CORREGIDA EN EL CENTRO DE TRABAJO.
- (38) ANOTAR EL TOTAL DE RIESGOS DE TRABAJO QUE SE PRESENTARON DURANTE EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.
- (39) ANOTAR LA CANTIDAD QUE CORRESPONDE AL TIPO DE RIESGO.
- (40) ANOTAR LA FECHA EN LA CUAL SE REQUISITA ESTE FORMATO.