



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

DEPENDENCIA O ENTIDAD:

CENTRO DE TRABAJO:

RAMO ADMINISTRATIVO:

(SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

### 1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

UBICACION: CALLE Y No. EXT. E  
INT.

CD. O ESTADO Y ALCALDIA O  
MUNICIPIO

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

No.  
TELFÓNICO(S)

EXT.(S)

No. DE TRABAJADORES

(SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES)

TURNOS DE TRABAJO:

DIURNO

NOCTURNO

MIXTO

### 2. ORGANIZACIÓN SINDICAL

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.  
TELFÓNICO(S)

EXT.(S)

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

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

NOMBRE

CARGO



**7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

PERÍODO:

A	A	A	A	M	M	D	D

A

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 <b>(SOLO COMISIONES AUXILIARES)</b>	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)**

No.	INCIDENCIA CLAVE	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"/>

No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
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"/>

OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)

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)
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"/>

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

SÓLO ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

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

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

ACCIDENTE DE TRABAJO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ENFERMEDAD PROFESIONAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(LA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE CADA UNO DE LOS RIESGOS, DEBERÁN REPORTARSE EN EL FORMATO ENAT-1).

\_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**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.		<b>98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES</b>