

**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**

4	1	1	1	0	1	3	0	1	2	1	4	2	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

(2) **DEPENDENCIA O ENTIDAD:**

(3) **CENTRO DE TRABAJO:**

(4) **RAMO ADMINISTRATIVO:**   
 (SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

**1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

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

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

(7) 1.4. **COLONIA**

(8) 1.5. **CÓDIGO POSTAL**  **No. TELEFÓNICO**

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

(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.**

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

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

(14) 2.4. **COLONIA**

(15) 2.5. **CÓDIGO POSTAL**  **No. TELEFÓNICO**

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

(16) 3.1. **NOMBRE**

APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE
MORENO IBARRA MARCO ANTONIO			

(17) 3.2. **CARGO**

**4. SECRETARIO TECNICO DE LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE
(18)	4.1. NOMBRE: RAMOS PORRAS ALEJANDRA			
	E-MAIL: aramos@cic.ipn.mx, aramospo@ipn.mx			
(19)	4.2. SECTOR: OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/>		SINDICAL <input type="checkbox"/>	
(20)	4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC)		R A P A 8 3 0 6 0 3	
(21)	3.2. CARGO: JEFA DEL DEPARTAMENTO DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO			
	4.4. ACEPTACION DEL CARGO: _____ (FIRMA)			

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

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:

	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S	MARTELL PONCE DE LEÓN	JORGE	BENJAMIN	JORGE BENJAMIN	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	
	ACOSTA ZAMORA	KARINA	GABRIELA	KARINA GABRIELA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	MORENO RAMÍREZ	MARTÍN	SERGIO	MARTÍN SERGIO	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	LEAL PÉREZ	EDGAR	ALEJANDRO	EDGAR ALEJANDRO	SERVICIO MÉDICO TURNO VESPERTINO	
S U P L E N T E S	CARRILLO TÉLLEZ	JORGE	IVÁN	JORGE IVÁN	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	MARTA SÁNCHEZ	JULIO	CÉSAR	JULIO CÉSAR	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	APELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S	MA. DE LOS ÁNGELES	REYES	ANTONIO	ANTONIO	SECRETARIA GENERAL	
	SANCHEZ ANDRADE	PERLA	RUBI	PERLA RUBI	SECRETARIA DE TRABAJO Y CONFLICTOS	
	JUÁREZ CARRIÓN	ADRIANA	ISABEL	ADRIANA ISABEL	SUPLENTE DE SECRETARIA GENERAL	
S U P L E N T E S	AMADOR ARANDA	DIANA		DIANA	SECRETARIA FINANZAS	
	BONILLA ALVARADO	IRMA	BELEM	IRMA BELEM	SUPLENTE DE LA SECRETARIA DE ORIENTACIÓN IDEOLÓGICA SINDICAL	
	GARCÍA PANIAGUA	LÁZARO		LÁZARO	SUPLENTE DE LA SECRETARIA DE TRABAJO Y CONFLICTOS	

**6. DOCUMENTACIÓN ANEXA**

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

(24) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
A A A A M M D D

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
A A A A M M D D

**7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

(26)

PERIODO:

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

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

**8. ACTA DE VERIFICACIÓN**

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

2	0	2	1	1	2	1	7
A	A	A	A	M	M	D	D

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA  (32)      EXTRAORDINARIA  (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

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)
9 8	4	2 1			

**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:**

**SUBSISTEN (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)

**SUBSANADAS (EN EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA HA SIDO CORREGIDA LA INCIDENCIA EN SU TOTALIDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO) (37)**

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

(38)

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: 0

(39)

ACCIDENTE DE TRABAJO

0	0
---	---

(39)

ENFERMEDAD PROFESIONAL

0	0
---	---

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

(40)

CIUDAD DE MÉXICO, a 17 de DICIEMBRE 2021

**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 AZOTES.	
15 ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	<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.	(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
ACTUALIZACIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(1), (2), (3), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (24),	X	X	X
CALENDARIO DE ACTIVIDADES.	(1), (2), (3), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (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), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (13), (12), (14), (15), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (31), (32) o (33), (34), (35) y/o (36) y/o (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 DENOMINACIÓN 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 FUNCIONA 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 FUNCIONA COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASÍ COMO SU E-MAIL.
- (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.
- (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO (SIN HOMOCLEAVE).
- (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 REPRESENTACIÓN 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 VERIFICACIÓN.
- (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 VERIFICACIÓN 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.