

EDUCACIÓN

ACUSE



Instituto Politécnico Nacional
"La Técnica al Servicio de la Patria"

Centro de Investigación en Computación
Dirección

Folio
CIC/1733/2023

2023. Año de Francisco Villa
30 Aniversario de la Declaración sobre
la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU)
60 Aniversario del CECyT 7 "Cuauhtémoc" y del CENAC
90 Aniversario de la Escuela Superior de Ingeniería Textil
40 Aniversario del CIIDIR, Unidad Oaxaca

Asunto
Comisión Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo
Clave 4111013012142008
Reportes trimestrales año 2022

Ciudad de México, a 21 de agosto de 2023

Lic. Fernando López Campos
Subdelegado de Prestaciones I.S.S.T.E., Zona Norte
PRESENTE

En cumplimiento con las Disposiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, envío a usted los reportes del primer, segundo, tercer y cuarto trimestre del año 2022, de la Comisión Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo con la clave 4111013012142008.

Sin más por el momento, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"La Técnica al Servicio de la Patria"

Dr. Francisco Hiram Calvo Castro
Director Interino

c.c.p.- Arq. Jorge Benjamín Martell Ponce de León. - Subdirector Administrativo del CIC.
Lic. Alejandra Ramos Porras. - Jefa del Departamento de Capital Humano del CIC.

FHCC/JBMPL



2023
Francisco
VILLA



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: INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

(3) CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE INVESTIGACION EN COMPUTACIÓN

(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. Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal S/N

(6) 1.3. CD. Y ENT. FED. Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México

(7) 1.4. COLONIA Nueva Industrial Vallejo

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL 0 7 7 3 8 No. TELEFÓNICO 5 7 2 9 6 0 0 0 5 6 6 3 6

(9) 1.6. No. DE TRABAJADORES (SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES) 163

(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. SNTE-SECCIÓN 11, DELEGACIÓN D-III-177
SNTE-SECCIÓN 60, DELEGACIÓN D-V-IPN-45

(12) 2.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT. Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal S/N

(13) 2.3. CD. Y ENT. FED. Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México

(14) 2.4. COLONIA Nueva Industrial Vallejo

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL 0 7 7 3 8 No. TELEFÓNICO 5 7 2 9 6 0 0 0 5 6 5 0 6

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

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

(16) 3.1. NOMBRE CALVO CASTRO FRANCISCO HIRAM

(17) 3.2. CARGO DIRECTOR INTERINO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN COMPUTACIÓN

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE
 RAMOS PORRAS ALEJANDRA
 E-MAIL: aramos@cic.ipn.mx, aramospo@ipn.mx

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(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	MARTELL PONCE DE LEÓN JORGE BENJAMIN	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	
	ACOSTA	ZAMORA	KARINA GABRIELA	ACOSTA ZAMORA KARINA GABRIELA	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	MORENO	RAMÍREZ	MARTÍN SERGIO	MORENO RAMÍREZ MARTÍN SERGIO	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	LEAL	PÉREZ	EDGAR ALEJANDRO	LEAL PÉREZ EDGAR ALEJANDRO	SERVICIO MÉDICO TURNO VESPERTINO	
S U P L E N T E S	CARRILLO	TELLEZ	JORGE IVÁN	CARRILLO TELLEZ JORGE IVÁN	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	MARTA	SÁNCHEZ	JULIO CÉSAR	MARTA SÁNCHEZ 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	MA. DE LOS ÁNGELES REYES ANTONIO	SECRETARIA GENERAL	
	SANCHEZ	ANDRADE	PERLA RUBI	SANCHEZ ANDRADE PERLA RUBI	SECRETARIA DE TRABAJO Y CONFLICTOS	
	JUÁREZ	CARRIÓN	ADRIANA ISABEL	JUÁREZ CARRIÓN ADRIANA ISABEL	SUPLENTE DE SECRETARIA GENERAL	
S U P L E N T E S	AMADOR	ARANDA	DIANA	AMADOR ARANDA DIANA	SECRETARIA FINANZAS	
	BONILLA	ALVARADO	IRMA BELEM	BONILLA ALVARADO IRMA BELEM	SUPLENTE DE LA SECRETARIA DE ORIENTACIÓN IDEOLÓGICA SINDICAL	
	GARCÍA	PANIAGUA	LÁZARO	GARCÍA PANIAGUA 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	2	0	1	0	1
A	A	A	A	M	M	D	D

2	0	2	2	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		X		
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS		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	2	0	3	2	5
A	A	A	A	M	M	D	D

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA EXTRAORDINARIA

(32) (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	1	2 2				

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)

(39)

(39)

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: 0 ACCIDENTE DE TRABAJO 0 0 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 25 de MARZO 2022

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 PRESION.
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

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), (12), (13), (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 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, ASÍ COMO SU E-MAIL.
- (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.
- (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO (SIN HOMOCÍLAVE).
- (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.

**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:

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

(3) CENTRO DE TRABAJO:

CENTRO DE INVESTIGACION EN COMPUTACIÓN
--

(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.

Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal

S/N

--

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

Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México
--

(7) 1.4. COLONIA

Nueva Industrial Vallejo

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL

0	7	7	3	8
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO

5	7	2	9	6	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

5	6	6	3	6			
---	---	---	---	---	--	--	--

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

163

(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.

SNTE-SECCIÓN 11, DELEGACIÓN D-III-177

SNTE-SECCIÓN 60, DELEGACIÓN D-V-IPN-45
--

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

Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal

S/N

--

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

Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México
--

(14) 2.4. COLONIA

Nueva Industrial Vallejo

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL

0	7	7	3	8
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO

5	7	2	9	6	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

5	6	5	0	6			
---	---	---	---	---	--	--	--

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

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

(16) 3.1. NOMBRE

CALVO CASTRO FRANCISCO HIRAM

(17) 3.2. CARGO

DIRECTOR INTERINO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN COMPUTACIÓN
--

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26)

PERIODO:

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

2	0	2	2	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		X		
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS		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	2	0	6	1	0
A	A	A	A	M	M	D	D

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA EXTRAORDINARIA

(32) (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	2	2 2				

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)

(39)

(39)

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: 0 ACCIDENTE DE TRABAJO 0 0 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 10 de JUNIO 2022

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.	98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES
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.	(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), (12), (13), (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 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 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 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.

**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:

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

(3) CENTRO DE TRABAJO:

CENTRO DE INVESTIGACION EN COMPUTACIÓN
--

(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.

Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal

 S/N

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

Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México
--

(7) 1.4. COLONIA

Nueva Industrial Vallejo

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL

0	7	7	3	8
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO

5	7	2	9	6	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

5	6	6	3	6			
---	---	---	---	---	--	--	--

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

163

(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.

SNTE-SECCIÓN 11, DELEGACIÓN D-III-177

SNTE-SECCIÓN 60, DELEGACIÓN D-V-IPN-45
--

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

Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal

 S/N

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

Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México
--

(14) 2.4. COLONIA

Nueva Industrial Vallejo

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL

0	7	7	3	8
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO

5	7	2	9	6	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

5	6	5	0	6			
---	---	---	---	---	--	--	--

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

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

(16) 3.1. NOMBRE

CALVO CASTRO FRANCISCO HIRAM

(17) 3.2. CARGO

DIRECTOR INTERINO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN COMPUTACIÓN
--

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE
 RAMOS PORRAS ALEJANDRA
 E-MAIL: aramos@cic.ipn.mx, aramospo@ipn.mx

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(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	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	
	ACOSTA	ZAMORA	KARINA	GABRIELA	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	MORENO	RAMÍREZ	MARTÍN	SERGIO	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	LEAL	PÉREZ	EDGAR	ALEJANDRO	SERVICIO MÉDICO TURNO VESPERTINO	
S U P L E N T E S	CARRILLO	TELLEZ	JORGE	IVÁN	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
	MARTA	SÁNCHEZ	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	GARCÍA	YLLESCAS	CÉSAR		SECRETARIA GENERAL	
	VÁZQUEZ	CORTES	CELIA	EUGENIA	SECRETARIA DE FINANZAS	
	AMADOR	ARANDA	DIANA		SECRETARIA DE TRABAJO Y CONFLICTO	
S U P L E N T E S	RODRÍGUEZ	APARICIO	MARÍA DEL	CARMEN	SECRETARIA DE ORGANIZACIÓN	
	BONILLA	ALVARADO	IRMA	BELEM	SECRETARIA DE FINANZAS-SUPLENTE	
	ARGUMEDO	RODRÍGUEZ	JAQUELYN	VIRIDIANA	SECRETARIA DE ESCALAFÓN Y PROMOCIÓN	

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

2	0	2	2	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		X		
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS		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	2	0	9	3	0
A	A	A	A	M	M	D	D

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA EXTRAORDINARIA

(32) (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	3	2 2				

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 30 de SEPTIEMBRE de 2022

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.	98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES
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.	(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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (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, ASÍ COMO SU E-MAIL. (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE. (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO (SIN HOMOCLEVE). (21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. | <ul style="list-style-type: none"> (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. |
|---|---|



**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:**

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

(3) **CENTRO DE TRABAJO:**

CENTRO DE INVESTIGACION EN COMPUTACIÓN
--

(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.**

Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal	S/N	
---	-----	--

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

Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México
--

(7) 1.4. **COLONIA**

Nueva Industrial Vallejo

(8) 1.5. **CÓDIGO POSTAL**

0	7	7	3	8
---	---	---	---	---

No. TELEFÓNICO

5	7	2	9	6	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

5	6	6	3	6			
---	---	---	---	---	--	--	--

(9) 1.6. **No. DE TRABAJADORES**

163

(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.**

SNTE-SECCIÓN 11, DELEGACIÓN D-III-177

SNTE-SECCIÓN 60, DELEGACIÓN D-V-IPN-45
--

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

Av. Juan de Dios Bátiz, Esq. Miguel Othón de Mendizábal	S/N	
---	-----	--

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

Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México
--

(14) 2.4. **COLONIA**

Nueva Industrial Vallejo

(15) 2.5. **CÓDIGO POSTAL**

0	7	7	3	8
---	---	---	---	---

No. TELEFÓNICO

5	7	2	9	6	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

5	6	5	0	6			
---	---	---	---	---	--	--	--

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

(16) 3.1. **NOMBRE**

CALVO CASTRO FRANCISCO HIRAM

(17) 3.2. **CARGO**

DIRECTOR INTERINO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN COMPUTACIÓN
--

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE
 RAMOS PORRAS ALEJANDRA
 E-MAIL: aramos@cic.ipn.mx, aramospo@ipn.mx

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(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	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	
			ACOSTA ZAMORA KARINA GABRIELA	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
			MORENO RAMÍREZ MARTÍN SERGIO	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
			LEAL PÉREZ EDGAR ALEJANDRO	SERVICIO MÉDICO TURNO VESPERTINO	
S U P L E N T E S			CARRILLO TELLEZ JORGE IVÁN	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN	
			MARTA SÁNCHEZ 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			GARCÍA YLLESCAS CÉSAR	SECRETARIA GENERAL	
			VÁZQUEZ CORTES CELIA EUGENIA	SECRETARIA DE FINANZAS	
			AMADOR ARANDA DIANA	SECRETARIA DE TRABAJO Y CONFLICTO	
S U P L E N T E S			RODRÍGUEZ APARICIO MARÍA DEL CARMEN	SECRETARIA DE ORGANIZACIÓN	
			BONILLA ALVARADO IRMA BELEM	SECRETARIA DE FINANZAS-SUPLENTE	
			ARGUMEDO RODRÍGUEZ JAQUELYN VIRIDIANA	SECRETARIA DE ESCALAFON Y PROMOCIÓN	

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

2	0	2	2	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		X		
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS		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	2	1	2	1	6
A	A	A	A	M	M	D	D

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA EXTRAORDINARIA

(32) (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 2				

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 30 de SEPTIEMBRE 2022

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.	98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES
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.	(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 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, 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 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.