



**MINUTA DE LA DÉCIMA SESIÓN ORDINARIA
CMSH/SO-M10/2024**

En la Ciudad de México siendo las 10:42 hrs. del día 19 de noviembre del 2024, se reúnen las y los integrantes de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene (CMSH), en la sala de juntas, tercer piso de las oficinas centrales del Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México (IEMS), cita en Av. División del Norte 906, col. Narvarte Poniente, Alcaldía Benito Juárez c. p. 03020, Ciudad de México, estando presentes por parte de los trabajadores, el sindicato titular, Sindicato de la Unión de Trabajadores del Instituto de Educación Media Superior "SUTIEMS", Juan Rubén Sampablo Blas, Secretario de Salud, Trabajo y Previsión Social, integrante propietario; Areli Rivera Márquez, Secretaria de Finanzas, integrante suplente; Claudia Selene Rodríguez Jaime, Secretaria de Vinculación Legislativa, integrante propietario; Antonio Delgado de Anda, Secretaría de Formación Sindical, integrante propietario; y por el Sindicato Independiente de Trabajadores del Instituto de Educación Media Superior "SITIEMS", su representante, José Fernando Ramírez Luna, Secretaría de Previsión Social, Deporte y Recreación, integrante suplente; por parte de las autoridades del IEMS, Lic. Eduardo Alejandro Sarmiento Márquez, Subdirector de Administración de Capital Humano, integrante propietario; Erick Piña Arrieta Barbosa, Subdirector de Recursos Materiales, Abastecimientos Servicios, integrante propietario, Mtro. Gerardo Ortiz Estrada, Director de Administración y Finanzas e integrante propietario; a fin de celebrar la **décima** sesión ordinaria CMSH/SO-M10/2024, con fundamento en el artículo 12 del Reglamento de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene, conforme al siguiente orden del día.

ORDEN DEL DÍA

1. Verificación de quorum
2. Cubículos para DTI en el plantel Gustavo A. Madero III.
3. Plantel Cuajimalpa, evento de presunta fuga de gas en la Unidad Habitacional continua
4. Integración de la Comisiones Auxiliares

1.Verificación de Quorum

Se cuenta con el Quorum legal para el inicio de la sesión.

SUTIEMS solicita que las reuniones empiecen en el horario programado (10:00 horas)

2. Cubículos para DTI en el plantel Gustavo A. Madero III.

SUTIEMS manifiesta que trabajadores del plantel GAM III entregaron un documento a la Dirección General del Instituto, misma que se anexa a la presente Minuta, que en lo particular contempla 10 cubículos para DTI (5 cubículos por Macro Cubo).

SUTIEMS manifiesta que hacen falta cubículos para los DTI, para lo cual solicita una ampliación de los espacios del plantel para cubrir esta necesidad, a raíz de la visita del SUTIEMS al plantel, se señala que no hay condiciones de trabajo por el alto riesgo que implica concentrar en un área a más de 20 personas, por lo cual se indica que el proyecto arquitectónico presentado es



insuficiente y se hace la solicitud expresa de que se amplié dicho proyecto para cubrir con lo establecido a la seguridad e higiene de los trabajadores y estudiantes.

En una visita reciente que el SUTIEMS realizó al plantel GAM III, se observó un inadecuado almacenamiento de materiales inflamables, como alcohol y reactivos químicos, así como matraces, vasos de precipitados, equipos y diversos materiales de laboratorios al nivel del suelo.

También, se observó la obstrucción del acceso a los laboratorios y aulas del plantel, ambas situaciones ponen en riesgo la seguridad de la comunidad, los estudiantes no cuentan con mesas y bancas exteriores, por lo que ocupan las escaleras, pasillos y corredores para resguardarse o realizar sus actividades académicas.

SITIEMS manifiesta que es necesario un espacio para el resguardo de materiales y herramientas del área de mantenimiento.

SUTIEMS manifiesta que en el plantel GAM III se carecen de mobiliario y espacios adecuados para el resguardo de materiales y sustancias de laboratorios, en el mismo sentido se carece de mobiliario y espacios adecuados para el resguardo de materiales en los salones de artes plásticas.

El Instituto indica que hacen falta la adquisición de estantes, anaqueles y gabinetes para el resguardo de materiales de laboratorios y reactivos químicos, se concluyó la instalación de la campana de extracción de humos y vapores, antes de finalizar el mes se concluirá la instalación de repisas para colocar la cristalería de laboratorios, se adquirieron tarjas para el salón de artes plásticas que se instalarán en las próximas semanas, en el plantel hace falta instalar y asignar cubículos a la totalidad de los DTI, el plantel solo cuenta con 10 cubículos, más 10 cubículos que se instalaran en los Macro Cubos 1 y 2, para una totalidad de 50 DTI.

2. Plantel Cuajimalpa, evento de presunta fuga de gas en la Unidad Habitacional continua

El viernes 15 de noviembre por la tarde, en la Unidad Habitacional continua al plantel Cuajimalpa se presentó un fuerte olor a gas que se extendió al plantel.

El IEMS proporciona un acta circunstanciada de los hechos ocurridos en el plantel Cuajimalpa, que se anexa a la presente Minuta, con el fin de que realice el análisis que se considere pertinente.

El SUTIEMS solicita un informe de lo acontecido en el plantel Cuajimalpa.

La Comisión solicitará un informe de la integración de los Comités Internos de Protección Civil en cada plantel y de su Programa Interno de Protección Civil.

La Comisión promoverá cursos de capacitación de protección civil para las brigadas de cada plantel.

Handwritten blue ink marks and signatures on the right margin of the page.



3. Integración de la Comisiones Auxiliares

Se anexan las actas de integración de 9 Comisiones Auxiliares, se están revisando los borradores de las demás actas, a fin de que se proceda a su firma.

FECHA DE LA PRÓXIMA REUNIÓN

Siendo las 12:56 horas del día de su inicio se da por terminada la presente Sesión Ordinaria.

La próxima sesión se realizará en la Sala de Juntas del piso 3 de oficinas centrales el 13 de diciembre de 2024 a las 10:00 horas.

POR PARTE DE LOS TRABAJADORES DEL IEMS

ANTONIO DELGADO DE ANDA
INTEGRANTE PROPIETARIO
SECRETARÍA DE FORMACIÓN SINDICAL
SINDICATO DE LA UNIÓN DE
TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR


CLAUDIA SELENE RODRÍGUEZ JAIME
INTEGRANTE TITULAR
SECRETARIA DE VINCULACIÓN LEGISLATIVA
SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES
DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA
SUPERIOR


ARELI RIVERA MÁRQUEZ
INTEGRANTE SUPLENTE
SECRETARIA DE FINANZAS
SINDICATO DE LA UNIÓN DE
TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

JOSÉ FERNANDO RAMÍREZ LUNA
INTEGRANTE SUPLENTE
SECRETARIA DE PREVISIÓN SOCIAL,
DEPORTES Y RECREACIÓN
SINDICATO INDEPENDIENTE DE
TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR



POR LAS AUTORIDADES DEL IEMS


**EDUARDO ALEJANDRO SARMIENTO
MÁRQUEZ**
INTEGRANTE PROPIETARIO
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE
CAPITAL HUMANO


**ERICK GENARO PIÑA ARRIETA
BARBOSA**
INTEGRANTE PROPIETARIO
SUBDIRECTOR DE RECURSOS
MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y
SERVICIOS


MTRO. GERARDO ORTIZ ESTRADA
INTEGRANTE PROPIETARIO
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FIANZAS

Ciudad de México, a 12 de Noviembre de 2024.

Silvia Estela Jurado Cuéllar
Directora General del IEMS-CDMX
Comisión Mixta de Seguridad e Higiene del IEMS-CDMX

PRESENTE

Derivado de la minuta **CMSH/SO-M009/2024** relativa al problema de la falta de cubículos para DTI en el plantel GAM III, en la que se plantea la división de dos salones conocidos como “macro cubos 1 y 2” en 14 espacios, destinados para los docentes que actualmente los ocupan. Como comunidad académica nos surgen varias inquietudes, debido a que hasta el momento los actores pertenecientes a la CMSEH y el encargado del despacho de coordinación refieren no contar con información oficial sobre el procedimiento para la adecuación de estos espacios. También mencionan que desconocen si ya se tiene alguna licitación, además de que en la página electrónica del IEMS-CDMX no existe dato al respecto. Otras preguntas que nos planteamos son: ¿Cuál es la temporalidad que tienen proyectada para la división planteada? Y ¿Cómo se asignarían dichos espacios? Además de ¿Cuál va a ser el proyecto que solviente de manera permanente, equitativa y operativa la necesidad de más de 50 profesores que hasta hoy carecemos de cubículos? y ¿Cómo proyectan solventar la necesidad de los cubículos para estudiantes?

En el tema de los macro cubos, en caso de que la división de salones fuera una medida provisional, mientras se construye el espacio indicado, proponemos que cada uno de los macro cubos se divida en cinco espacios para DTI y uno para estudiantes.

Por otra parte, sobre este problema que nos afecta principalmente a nosotros los docentes, tutores e investigadores hemos hecho un análisis sobre las opciones que consideramos viables para poder llevar a cabo nuestra labor con los estudiantes.

En primer lugar, la Asamblea de Centro de Trabajo (ACT) del Sindicato de la Unión de Trabajadores del IEMS (SUTIEMS), valora que dado que en el plantel Elena Poniatowska (GAM III) actualmente laboran 50 DTI “C”, se requiere ese mismo número de cubículos para mejorar las condiciones de trabajo y atención de los estudiantes, ya que la mayoría de los docentes, se encuentra compartiendo (en promedio) un espacio de 220X270 cm., situación que dificulta la labor docente, así como la atención de tutoría y asesoría a estudiantes de curso regular, los de evaluación especial e independientes, además de la asesoría y seguimiento de los Problemas Eje, así como la atención a padres de familia. Esta situación ha prevalecido a cinco años de la apertura del plantel, orillándonos a realizar nuestras labores en condiciones de

hacinamiento. Por lo tanto, estimamos que la propuesta hecha no soluciona la necesidad de la comunidad académica.

En segundo lugar, observamos que nuestro plantel cuenta con un terreno amplio y con espacio suficiente para la construcción de un edificio completo, que pueda albergar cubículos para DTI con dimensiones adecuadas para el trabajo que desarrollamos, además de cubículos de estudio para los estudiantes, salones y demás espacios académicos como audiovisual y sala de juntas, que servirían para la atención tal y como lo establece el modelo educativo.

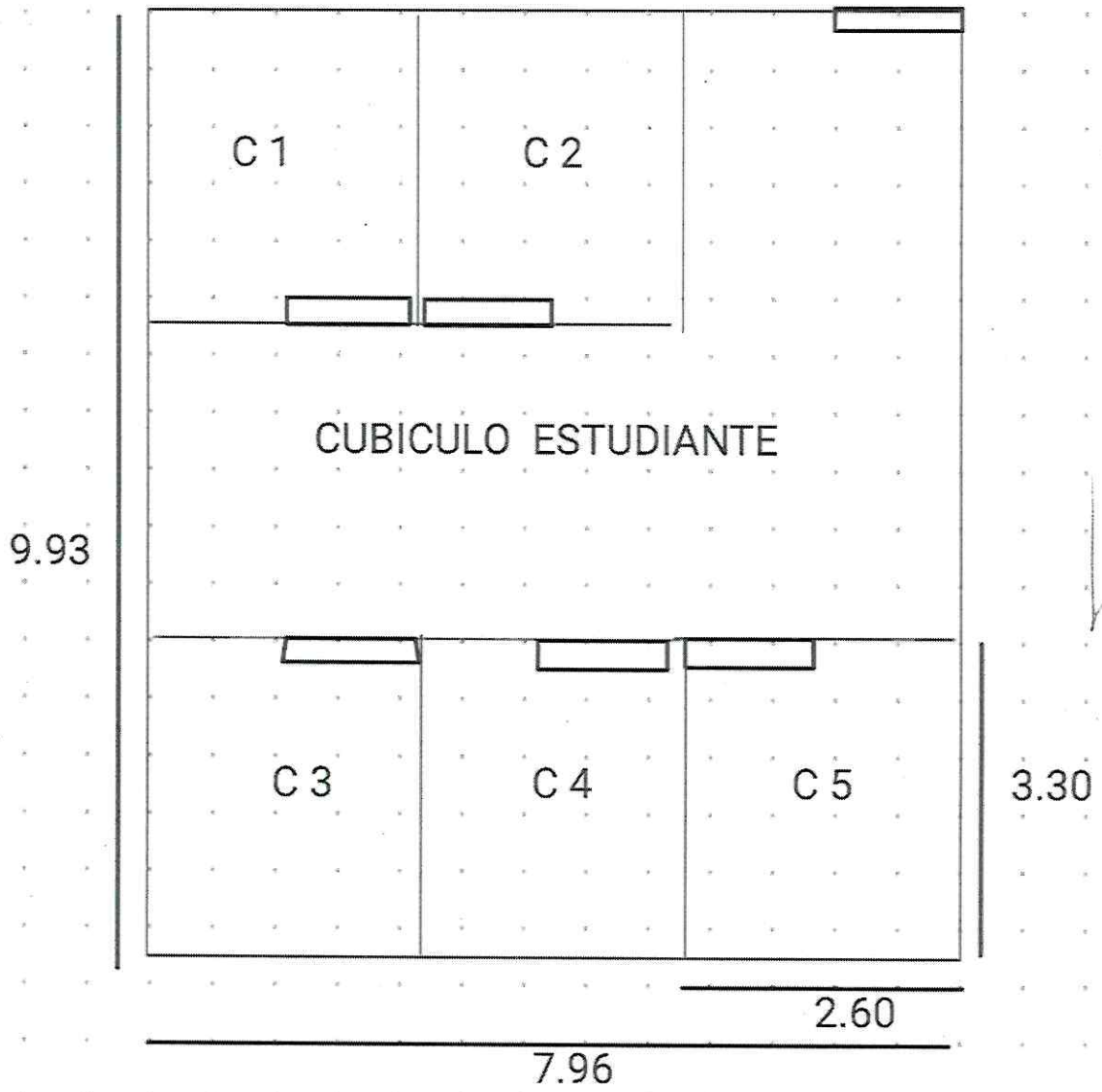
Una tercera propuesta, es la construcción de un 2º piso en el edificio 3 del plantel, el cual solo cuenta con planta baja y un piso, y de igual manera que en la propuesta anterior, en él se puedan construir los 50 cubículos necesarios para DTI y quizá algunos cubículos para estudiantes, aunque se sacrificarían los otros espacios académicos señalados en la propuesta anterior.

Como hemos mencionado, nuestra asamblea (ACT) ha resuelto establecer en consenso con el resto de la comunidad diversas propuestas que contribuyan a mejorar nuestras condiciones laborales y de atención para los estudiantes y padres de familia, que cumpla con las condiciones adecuadas de seguridad e higiene; por lo que solicitamos que el pleno de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene, del IEMS-CDMX acuda al plantel para que de manera oficial pueda establecer con la institución los acuerdos correspondientes, y a la vez la Administración de IEMS-CDMX gestione ante las instancias correspondientes los recursos necesarios para la atención de lo solicitado.

ATENTAMENTE ASAMBLEA DE CENTRO DE TRABAJO SUTIEMS

COLEGIO DE DOCENTES

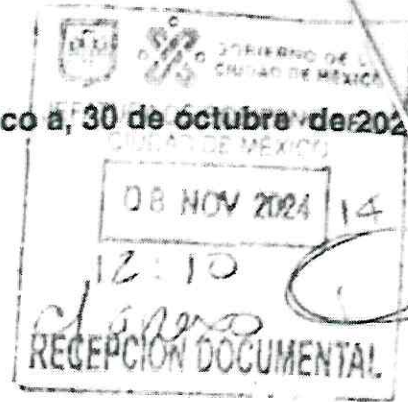
PLANTEL GAM III-ELENA PONIATOWSKA



**MINUTA DE TRABAJO
REUNIÓN DE COLEGIO**

Tipo de Reunión.	Reunión de Colegio plantel GAM III		
Fecha:	12 /nov/2024	Hora inicio:	13:30
Lugar:	Auditorio	Hora término:	15:30
ORDEN DEL DÍA			
<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta a la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene del IEMS CDMX sobre el tema de la adecuación de salones en cubículos para DTI. • Incluir nuevamente la creación de cubículos con las especificaciones que requiere el Modelo Educativo del IEMS. 			
RELATORÍA DE LA REUNIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con el Colegio de profesores del plantel, convocada vía correo institucional, donde se planteó el tema de los cubículos y se compartió toda la información con la que se cuenta al respecto hasta la fecha. • Se comparte información en relación a los datos con los que se cuenta, derivados de la minuta CMSH/SO-M009/2024 de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene, IEMS-CDMX. • Se da cuenta del documento firmado por la comunidad de docentes y estudiantes, entregado a gobierno el viernes 8 de noviembre del presente, en el que se solicita se resuelvan varias problemáticas en el plantel referentes a falta de: cubículos para estudiantes y DTI, biblioteca en el plantel, techo para la multicancha, tarja para el salón de Artes plásticas, campanas y extractores para los laboratorios de ciencias además de la falta de DTI. • Se da lectura a la propuesta de respuesta a la CMSEH-IEMS-CDMX. • Se exponen varias opciones de solución ante la carencia de espacios para el trabajo académico en el plantel. 			
ACUERDOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Se acuerda por unanimidad la respuesta leída ante la comunidad sobre el tema de cubículos. (Se anexa documento). • Se acuerda dar seguimiento al documento entregado a gobierno. • Realizar una encuesta electrónica para conocer las necesidades de los académicos. • Se acuerda por la comunidad de plantel que, de manera provisional, se asignen 5 salones, distribuidos uno por piso, para macro cubículos, con la finalidad de evitar el hacinamiento y tener una mejor condición de trabajo mientras se resuelve la construcción del espacio acorde a los requerimientos que debe cumplir en virtud de la implementación del modelo educativo. • Se entrega minuta al Encargado de Despacho de Coordinación del plantel Gam III para su conocimiento. 			
MINUTA ELABORADA POR:			
DTI Raquel Colín López.			

Cludad de México a, 30 de octubre de 2024



Lic Clara Marina Brugada Molina

Jefa de Gobierno de la CDMX

Presente:

A través del siguiente escrito le solicitamos nuevamente atender la petición que se envió a la oficina de gobierno de la Ciudad de México con fecha del 16 de abril del presente y siendo recibida por la oficialía de partes el 26 de abril del presente a las 11:23 con folio de seguimiento **DGAGDC-007292-2024**, documento integrado de 40 páginas con evidencias fotográficas y 389 firmas de la comunidad docente, administrativa y estudiantil, en el cual se describen las necesidades urgentes de infraestructura del plantel GAM 3 Elena Poniatowska del IEMS-CDMX, para la atención adecuada a los estudiantes conforme al modelo educativo de origen el cual es atender a las poblaciones vulnerables de la ciudad.

Cabe destacar que el documento signado por la comunidad del plantel antes mencionado plantea una problemática general del estado actual de las instalaciones, por tal motivo, se tenía alta expectativa de una respuesta favorable hacia la petición de la comunidad, por parte de las autoridades que usted como gobierno representa, sin embargo la respuesta no fue así; el 14 de mayo del presente se recibió un documento de parte del Arq. Antonio García Rodríguez, Director de Asuntos Académicos del Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México, IEMS-CDMX, en el cual da respuestas que carecen de seriedad y no responde a la solicitud de la comunidad quien signa la petición, enfocando dicha después a nuestro Representante Sindical, Mariano Toral Garrido; por ello ante las respuestas dadas, se hacen las siguientes precisiones:

1. Ninguna de las peticiones hechas son contestadas en virtud de lo que se solicita, pues si bien sabemos que este plantel en su origen no fue construido para el IEMS-CDMX, desde el 2019 se utiliza como un plantel más del sistema de bachillerato del instituto citado, y a 5 años de atender estudiantes, sigue sin contar con un plan integral que pueda resolver las necesidades planteadas.
2. En el documento de origen entregado, mostramos con evidencia fotográfica el como los espacios con los que cuenta el plantel son insuficientes, pues carecemos de cubículos para estudiantes, que son espacios en donde ellos puedan realizar tareas o reuniones para organizar sus distintas actividades

Mariano Toral Garrido DTI Plantel GAM III

de estudio, orillándolos a tener que realizarlas en las banquetas o escaleras de los edificios del plantel.

3. La biblioteca del plantel GAM III, sigue sin arrancar funciones pues carece de mobiliario, personal y los insumos básicos para su funcionamiento; se nos contesta que se cuenta con un sistema denominado Timonee para el uso de una plataforma virtual, pero pese a ya años de haber anunciado dicho recurso y que incluso aparece en el portal del instituto <https://www.iems.cdmx.gob.mx/> en un cintillo de acceso en la pagina principal dicho recurso aun es inoperante, prueba de ello es que a los Docentes Tutores e Investigadores no se les ha hecho presentación alguna sobre ese recurso, desconociendo con ello si se cuenta o no con los materiales bibliográficos necesarios para la impartición de los cursos de la curricula del sistema de bachillerato; en el plantel aun no se cuenta con escritorios y equipos de computo en los que los estudiantes puedan realizar consultas del material digital, ni para el uso de la plataforma mencionada en la respuesta dada.
4. Los cubículos de profesores no son funcionales para atender a estudiantes y padres de familia de manera adecuada, pues en algunos de ellos se encuentran hacinados más de tres docentes, dificultando con ello la atención de los estudiantes adscritos a este plantel y padres de familia, por lo que solicitamos la construcción de un edificio que este diseñado para las funciones que se requieren de una comunidad de más de 50 docentes.
5. En cuanto al mobiliario de la preparatoria, con el que se cuenta, no es operativo debido a que se dotaron con sillas con paleta las cuales no son adecuadas para los salones, dado que esto genera una mala acústica dentro de los salones, por lo tanto se han solicitado mesas binarias adecuadas como las que hay en otros planteles del IEMS. Por otro lado el mobiliario existente falta darle mantenimiento pues es común ver en los salones, butacas apiladas por no ser funcionales, esto a la par de restarnos sillas son una fuente de riesgo para los estudiantes, pues constantemente están en riesgo de caerse al no tener estabilidad.
6. Se tiene en abandono e inoperancia mobiliario clave para el desempeño de diversas actividades académicas de algunas asignaturas, por mencionar algunas, desde 2021 se tiene pendiente la colocación de tarja del salón de Artes Plásticas para que los estudiantes puedan lavar sus instrumentos de pintura; también, la campana de extracción de humos y vapores en los laboratorios de ciencias, lava ojos, bodegas para el salón de Artes Plásticas y Musica.

7. Se han solicitado palapas para que los estudiantes tengan espacios de descanso dentro del plantel, así, también un techo para la única multicancha con la que cuenta el plantel, para que con este elemento los estudiantes se resguarden de las inclemencias del clima.
8. En cuanto a las plazas administrativas faltantes estas no han salido a los procesos de Admisión y Promoción debido a la falta de coordinación de la Dirección de administración y finanzas del IEMS-CDMX y la Dirección de Asuntos Académica, aun cuando estas se encuentran liberadas desde que llego esta administración en el 2018.
9. Sobre las plazas de DTI, del plantel se ha transferido 1 plaza de literatura para otro plantel, carecemos de una de historia que dada una baja, no se han repuesto. Además de otras que hacen falta pues de origen nunca se han creado: Biología, Matemáticas, Química, y Musica para la oferta de cursos en los diferentes semestres donde estas academias imparten cursos.

Los cursos de las academias carentes de profesores, son cubiertos con profesores por hora y como se cita en el artículo 19 del estatuto orgánico del IEMS-CDMX, es responsabilidad del Director de Asuntos Académico el revisar las necesidades de atención a los estudiantes como lo establece el modelo educativo del IEMS-CDMX de acuerdo al decreto de creación y las reglas de operación del modelo educativo del IEMS en donde se establece de manera clara que la atención a los estudiantes debe ser impartida por profesores de tiempo completo de asignatura y no por horas, en el mismo documento se establece la distribución de carga horaria de los docentes para una atención personalizada como se establece en el modelo educativo y no contratación por horas en el sistema escolarizado.

Por lo tanto la respuesta que el citado funcionario da al respecto, es carente de información sobre lo que ocurre en el plantel, pues la falta de planta docente obliga a que no se abran algunos cursos de las academias donde se reporta que faltan docentes, además de que los docentes contratados por hora no cumplen en su totalidad con lo que señala el modelo educativo pues, los estudiantes que asisten a esos cursos, carecen de asesorías y constantemente se ven sometidos a la reducción de horas clase, siendo esto motivo incluso de violencia institucional, pues con ello se afecta directamente la atención recibida afectando el avance académico de los estudiantes y por lo tanto en su egreso.

Debido a la respuesta negativa y poco seria que se da por parte del Director de Asuntos Académicos del IEMS-CDMX, el Arq. Antonio García Rodríguez rechazamos que haga mención de temas donde señala directamente como involucrado de algunos de ellos a nuestro representante sindical de los afiliados al SUTIEMS y que en cambio no corresponda a la petición hecha.

Lamentamos que las necesidades planteadas por la comunidad del plantel GAM III no sean de prioridad en solución para la institución y por ello solicitamos su intervención directa en la revisión de la solicitud original de las necesidades que apremian a nuestro plantel.

Reciba un cordial y respetuoso saludo y quedamos atentos en la respuesta que de su parte genere nuestra solicitud.

Anexamos a este documento:

1. Solicitud original realizada por la comunidad de fecha febrero 2022.
2. Respuesta dada por el Arq. Antonio García Rodríguez, al Secretario de Conflictos Laborales, SUTIEMS, Mariano Toral Garrido.

ATENTAMENTE

COMUNIDAD-DEL PLANTEL

GAM 3 ELENA PONIATOWSKA

IEMS-CDMX.





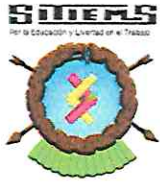
**Sindicato Independiente de Trabajadores
Del Instituto de Educación Media Superior**

Por la Educación y Libertad en el Trabajo

**CONDICIONES GENERALES DEL ESTADO FISICO DEL PLANTEL
IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO (MAGDALENA CONTRERAS)**

Reparación de plafones baños, en la mayoría por filtración de agua se han dañado y en otras por reparaciones de tubería no se han colocado las piezas faltantes.

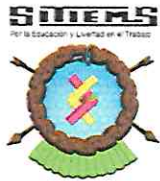




**Sindicato Independiente de Trabajadores
Del Instituto de Educación Media Superior**

Por la Educación y Libertad en el Trabajo

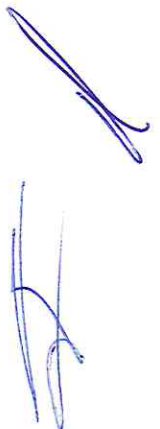


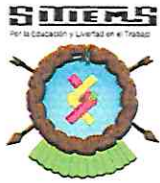


Sindicato Independiente de Trabajadores Del Instituto de Educación Media Superior

Por la Educación y Libertad en el Trabajo

Desazolve y reparación de alcantarillado en diversos puntos del plantel, en algunas es necesario que se desazolven para poder quitar el pasto y así permitir el paso del agua





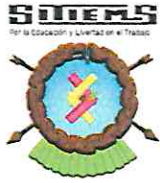
Sindicato Independiente de Trabajadores
Del Instituto de Educación Media Superior

Por la Educación y Libertad en el Trabajo



57

Colocación de alcantarilla o registro para recepción de agua pluvial y evitar así enlodamiento y filtración de agua al área de cómputo.

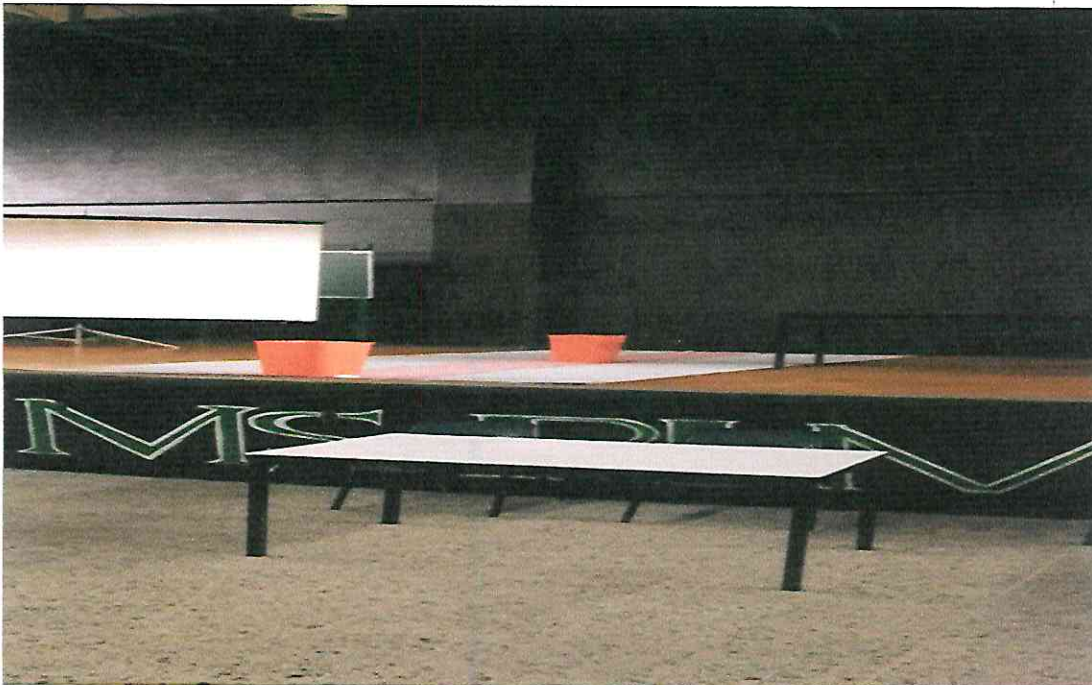


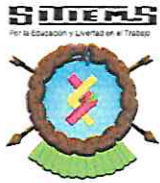
**Sindicato Independiente de Trabajadores
Del Instituto de Educación Media Superior**

Por la Educación y Libertad en el Trabajo



Filtración de agua pluvial en el auditorio, hace falta impermeabilizar, las cubetas y la lona están protegiendo a duela.

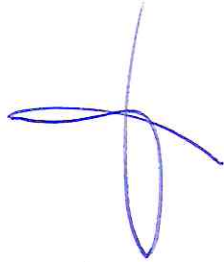




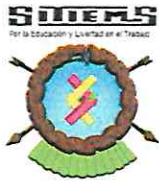
Sindicato Independiente de Trabajadores Del Instituto de Educación Media Superior

Por la Educación y Libertad en el Trabajo

Filtración de agua pluvial en los domos siguientes, ya que cuando llueve se filtra el agua, llegando el escurrimiento al piso lo que puede ocasionar accidentes. Es necesario sellar con silicón las uniones de los domos







**Sindicato Independiente de Trabajadores
Del Instituto de Educación Media Superior**

Por la Educación y Libertad en el Trabajo



Estancamiento de lodo que ocasiona el tapado de alcantarillas.



Estancamiento de agua pluvial que ocasiona lodo y por tanto obstrucción de paso en el elevador





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

Instituto de Educación Media Superior
Plantel Cuajimalpa "Josefa Ortiz de Domínguez"



ACTA CIRCUNSTANCIADA

En Cuajimalpa de Morelos, siendo las 17:20 horas del día 15 de noviembre de 2024, en el Plantel "Josefa Ortiz de Domínguez-Cuajimalpa", sito en Carretera Federal México Toluca Km. 19.8 Col. El Molinito Alcaldía Cuajimalpa de Morelos C. P. 05310, Ciudad De México, estando presentes la Lic. Ana Sofía García Villa, Jefe de Unidad Departamental de Apoyo en Procesos y Gestión, Lic. María del Carmen Hernández Fabián, Jefe de Unidad Departamental de Apoyo a Estudiantes y Docentes, Alfred Ibáñez Marín, Líder Coordinador de Proyectos del Jefe de Unidad Departamental de Apoyo en Procesos y Gestión, Mauricio Virgilio García Espinosa Líder Coordinador de Proyectos del Jefe de Unidad Departamental de Apoyo a Estudiantes y Docentes y Claudia Quiroz García, Enlace C de la Subdirección de la Coordinación del Plantel, y los representantes sindicales DTI José Ricardo Sánchez Pineda representante sindical del SUTIEMS y el C. Francisco Alejandro Ortega Lechuga representante sindical del SITIEMS se procede al inicio de la presente por lo que se hacen constar los siguientes: -----

----- HECHOS -----

Que siendo aproximadamente las 14:30 horas del día 15 de noviembre de 2024, Docentes, Tutores e Investigadores, reportan un aroma a gas, por lo cual, personal de estructura, comienza a realizar un recorrido de vigilancia para identificar la fuente del aroma. Que, una vez hecho el recorrido en las instalaciones del plantel, no se detectó que dicho aroma proviniera de las mismas, pero el aroma no se dispersaba, al contrario, éste comenzaba a intensificarse. Por lo anterior la Lic. Ana Sofía García Villa, Jefe de Unidad Departamental de Apoyo en Procesos y Gestión procedió a realizar llamado al 911 y una vez expuesta la situación se proporcionó el folio C5/20241115/02163 atendiendo el operador H137, quien indica ya haber canalizado los servicios de emergencia para atender la situación.

Que a las 15:00 horas, al ver que no arribaban los servicios de emergencia se procedió a la evacuación de 217 estudiantes y 40 docentes, administrativos, personal de limpieza y de estructura al área de la explanada al percibirse con mayor intensidad el aroma a gas. Continuándose a la espera de servicios emergencia.

Que a las 15:09, arriban elementos del Sector Yaqui, a cargo del policía segundo 845778 Erick Noriega Rojas, quienes confirman el auxilio de parte de Bomberos

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

Instituto de Educación Media Superior
Plantel Cuajimalpa "Josefa Ortiz de Domínguez"



Que a las 15:19 horas, arriba la Unidad Multipropósitos MP008 a cargo del Suboficial Jorge Moreno Colín (de bomberos) Vulcano 81, con dos más a cargo, quienes proceden a la revisión de la Instalación del plantel.

Que a las 15:28 horas, y una vez terminado el recorrido de seguridad, refiere el Suboficial Jorge Moreno Colín que el aroma no proviene de alguna fuga de gas dentro de las instalaciones del plantel, y el aroma percibido es propio de la sustancia de hipoclorito, por lo cual se pueden reanudar actividades y en caso de que se vuelva a percibir el aroma, se procede nuevamente a evacuar edificios para ventilación.

Que, a su vez, otro elemento de Vulcano hace referencia que si es posible la evacuación del plantel se considerara.

Que a las 15:32 horas, la Lic. Ana Sofía García Villa, Jefe de Unidad Departamental de Apoyo en Procesos y Gestión, Mauricio Virgilio García Espinosa Líder Coordinador de Proyectos del Jefe de Unidad Departamental de Apoyo a Estudiantes y Docentes y Claudia Quiroz García, Enlace C de la Subdirección de la Coordinación del Plantel, proceden a revisar las instalaciones del plantel con la finalidad de detectar si al interior de las instalaciones el aroma se había dispersado, sin embargo, al revisar los segundos pisos de los edificios BA y BB no se percibió el aroma referido, pero, al bajar a los primeros pisos y plantas bajas de los edificios BA y BB se volvió a percibir el aroma con mayor intensidad. Motivo por el cual, al tener la mayor presencia de DTI's, turno vespertino, en dichos edificios y los salones de clases, se indicó que hay que volver a esperar a que el aroma se disperse concentrando a la población, nuevamente en la explanada del plantel.

Que a la par que se reportó que, al exterior del plantel, dos estudiantes CARMONA SÁNCHEZ VANESA, con número de matrícula 2222050159 y MARÍA ELIZABETH RAMÍREZ BOLAÑOS, con número de matrícula 2424050178 estaban teniendo dificultades para respirar, y que al encontrarse policías al exterior del plantel, se pidió el apoyo para la canalización de una ambulancia, arribando la Ambulancia No. 11 y posterior a la revisión y llegada de sus padres se diagnostican con crisis de ansiedad, administran Dexametasona (intravenosa) para evitar posible intoxicación por inhalación, después de 40 minutos dan de alta a las estudiantes y se reiteran con sus respectivos padres de familia.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

Instituto de Educación Media Superior
Plantel Cuajimalpa "Josefa Ortiz de Domínguez"



Que a las 16:36 horas, personal de estructura procede a realizar nuevamente recorrido en instalaciones, percibiendo con mayor intensidad el aroma a hipoclorito, por lo cual se procede a realizar llamada a estación de Emergencias Cuajimalpa. Que atiende el llamado nuevamente el, Suboficial Jorge Moreno Colín, quién indica que al no dispersarse el aroma y que este por su composición y densidad tardaría en dispersarse, recomienda la evacuación del personal del plantel. Que lo anterior fue avisando en tiempo y forma al Mtro. Gerardo Sánchez Vite, Encargado De La Subdirección De Coordinación Del Plantel, para su superior indicación, quien se encontraba en reunión de trabajo en el plantel Iztapalapa V José Ma. Pérez Garay.

Que siendo las 17:13 horas, se recibe llamada telefónica por parte del Mtro. Gerardo Ortiz Estrada, Director de Administración y Finanzas, del Instituto de Educación Media Superior, a quien La Lic. Ana Sofía García Villa, Jefe de Unidad Departamental de Apoyo En Procesos Y Gestión, hizo de conocimiento los hechos anteriormente referidos, por lo cual el Mtro. Gerardo Ortiz Estrada, Director de Administración y Finanzas, del Instituto de Educación Media Superior indicó que se realizara la presente acta y quedara asentado que por instrucciones propias se procediera a la suspensión de actividades generales del suceso ya referido.

Por lo anterior se procede al cierre de la siguiente Acta, estando presentes personal de estructura ya referido y los representantes sindicales DTI José Ricardo Sánchez Pineda representante sindical del SUTIEMS y el C. Francisco Alejandro Ortega Lechuga representante sindical del SITIEMS. -----

LIC. ANA SOFÍA GARCÍA VILLA
JUD DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN

C. ALFREDO IBÁÑEZ MARÍN
LÍDER DE PROYECTOS DE LA JUD DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN DEL PLANTEL

LIC. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ
FABIÁN
JUD DE APOYO A ESTUDIANTES Y DOCENTES

C. MAURICIO VIRGILIO GARCÍA
LÍDER DE PROYECTOS DE LA JUD DE APOYO A ESTUDIANTES Y DOCENTES



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN


Instituto de Educación Media Superior
Plantel Cuajimalpa "Josefa Ortiz de Domínguez"





C. CLAUDIA QUIROZ GARCÍA
ENLANCE DE LA COORDINACIÓN

JOSÉ RICARDO SÁNCHEZ PINEDA
DTI. ACADEMIA DE HISTORIA
REPRESENTANTE SINDICAL DEL SUTIEMS



C. FRANCISCO ALEJANDRO ORTEGA
LECHUGA
TECNICO BIBLIOTECARIO
REPRESENTANTE SINDICAL DEL SUTIEMS

(Vertical handwritten notes and signatures in blue ink on the right margin)



GOBIERNO
CIUDAD DE

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



Ciudad de México, a 11 de noviembre de 2024

NOTA INFORMATIVA

Para: Comisión Mixta de Seguridad e Higiene

De: Lic. Erick Genaro Piña Arrieta Barbosa

Subdirector de Recursos Materiales, Abastecimientos y Servicios

Asunto: avance de la integración de Comisiones auxiliares

A la fecha se han recibido las actas de integración de las comisiones auxiliares de los siguientes planteles, mediante la entrega del Formato Único CSST, mismas que se anexan a la presente nota.

- Iztapalapa II. Benito Juárez
- Coyoacán. Ricardo Flores Magón
- Álvaro Obregón I. Gral. Lázaro Cárdenas del Río
- Iztacalco. Felipe carrillo Puerto
- Venustiano Carranza I. José Revueltas Sánchez
- Milpa Alta. Emiliano Zapata
- Xochimilco. Bernardino Sahagún
- Gustavo A. Madero I. Belisario Domínguez
- Azcapotzalco I. Melchor Ocampo

Se procederá a la revisión de los documentos, para verificar que estén correctamente asentados los datos solicitados por el ISSSTE.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE
MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL IEMS
PLANTEL RICARDO FLORES MAGÓN

50283 -



Ciudad de México a 23 de octubre del 2024

OFICIO N° SECTEI/EMS/DG/PRFM/384/2024

ASUNTO: Formato CSST del ISSSTE

MTRO. GERARDO ORTIZ ESTRADA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE.

Por medio del presente, envío a usted, dos juegos del formato CSST del ISSSTE debidamente firmados por los integrantes de la Subcomisión Mixta de Seguridad e Higiene del Plantel Ricardo Flores Magón "Coyoacán", con el objetivo de que uno sea para el resguardo y trámites correspondientes de la dirección a su cargo y otro para el resguardo del plantel, esto con la finalidad de que el personal a su cargo se encuentre en posibilidad de continuar con los trámites correspondientes, particularizando la recolección de la firma del secretario técnico, el C. Juan Rubén Sampablo Blas.

Sin otro particular de momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

MTRO. ALAN JOSE ANNY GARCÍA GARCÍA
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA
SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL
PLANTEL "RICARDO FLORES MAGÓN"



24 OCT 2024
a/cupd original



Calzada de Tlalpan Núm. 3463 y 3465 esq. Acoaxpa, Col. Viñu Ejido de
Santa Úrrula, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04650,
Teléfono: 55-5573-9577, 55-5573-7579 y 55-5655-1343
www.iems.edmx.gob.mx/

No. Expediente: PRFM-1401-100

CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS

GOBIERNO CON
ACENTO SOCIAL

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	0	3	0	4	0	8	0	0	1	4	0	2	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

(2) DEPENDENCIA O ENTIDAD:

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
--

(3) CENTRO DE TRABAJO:

PLANTEL RICARDO FLORES MAGÓN "COYOACÁN"

(4) RAMO ADMINISTRATIVO:

0	0	0	0	3
---	---	---	---	---

 (SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

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

CALZADA DE TLALPAN	3463	3465
--------------------	------	------

(6) 1.3. CD. O ESTADO Y ALCALDIA O MUNICIPIO

COYOACAN, CIUDAD DE MÉXICO.

(7) 1.4. COLONIA

EJIDO VIEJO DE STA. ÚRSULA COAPA

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL

0	4	9	1	0
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO(S)

5	5	5	7	3	7	5	7	9	
5	5	5	6	5	5	1	3	4	8

 EXT.(S)

4	0	0							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

(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.

- SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DEL DISTRITO FEDERAL
--

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

AV. EMILIANO ZAPATA, No. 47 DEPARTAMENTO	A	201
--	---	-----

(13) 2.3. CD. O ESTADO Y ALCALDIA O MUNICIPIO

BENITO JUÁREZ, CIUDAD DE MÉXICO

(14) 2.4. COLONIA

PORTALES

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL

0	3	5	7	0
---	---	---	---	---

 No. TELEFÓNICO(S)

5	5	8	4	6	4	1	5	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 EXT.(S)

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

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

(16) 3.1. NOMBRE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
ORTIZ	ESTRADA	GERARDO

(17) 3.2. CARGO

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]



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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO: SAMPABLO APELLIDO MATERNO: BLAS NOMBRE(S): JUAN RUBEN
 E-MAIL: sutiemstyps2325@gmail.com

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLEAVE: S A B J 7 6 0 3 0 8 L N O

(21) 4.4. CARGO: SECRETARIO DE SALUD, TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

4.5. FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			GARCIA GARCIA ALAN JOVANNY	ENCARGADO DE LA COORDINACION DE PLANTEL	
			MARTINEZ ORTEGA ALAN MICHELLE -	DEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE APOYO EN PROCESOS Y GESTION	
S U P L E N T E S			QUINTERO GARCIA JUAN CARLOS	ENLACE "A"	
			DE LOZA GUTIERREZ JOSE GUADALUPE	LIDER COORDINADOR DE PROYECTOS "B"	

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			MACAÑA FLORES ITZEL YADIRA	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	
			TEJEDA ALARCÓN VICTORIA	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	
S U P L E N T E S			CHAVEZ BALTAZAR CLAUDIA GRACIELA	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	
			SALAZAR MENDOZA SERGIO MARIO	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	

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: CIRCULAR SECTEI/EMS/DC/DAF/1724/2024 FECHA: 2 0 2 4 1 0 0 7
 A A A A M M D D

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: SUTiems/CMSH/03/2024 FECHA: 2 0 2 4 0 9 2 4
 A A A A M M D D

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26) PERÍODO:

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

 A

2	0	2	4	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				
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CURSOS				
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTELES, TRIPTICOS O FOLLETOS				
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SALUD EN GENERAL	CAMPANAS				
5	OTRAS (ESPECIFICAR)					

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN:

2	0	2	4	0	9	3	0
A	A	A	A	M	M	D	D

 (31)

TIPO DE VERIFICACIÓN: ORDINARIA (32) EXTRAORDINARIA (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA: (34)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)						OBSERVACIONES (SOLO INCIDENCIA 99)							
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)								
1	<table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>	9	8	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3	5	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			PROPUESTAS REALIZADAS POR LA C.S.S.T., PARA LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, EN EL CENTRO DE TRABAJO:
9	8												
3													
2	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		6	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			
3	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			
4	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		8	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			

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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		5	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
2	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		6	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
3	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
4	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		8	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

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

SOLO ANOTAR EL NUMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

1	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			2	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			3	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			4	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			5	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			6	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			8	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

(38) No. DE RIESGOS DE TRABAJO: ACCIDENTE DE TRABAJO

--	--

 ENFERMEDAD PROFESIONAL

--	--

 (39)

(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 20 24

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

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. CANCELERÍA DE PUERTAS Y VENTANAS EN MAL ESTADO.
03. EQUIPO CONTRA INCENDIO INADecuADO.	18. VIDRIOS ROTOS.
04. EQUIPO CONTRA INCENDIO INADecuADO O LABENIL 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 TÉCNICAS O DE PRESIÓN.
12. CONDICIONES DE VENTILACIÓN INADECUADAS.	27. FALTA DE FUMIGACIÓN.
13. FALTA DE MANTENIMIENTO DE LUMINARIAS.	99. DIVERSAS (ESPECIFICAR).
14. MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACIÓN EN MUROS Y AZOTEAS.	
15. ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	98. CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES

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), (25), (40).	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), (14), (15), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (31), (32) & (33), (34), (35) y/ó (36) y/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 REQUISITO DE LOS PUNTOS CORRESPONDIENTES A DICHS ASPECTOS.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- | | |
|---|---|
| <p>(1) NÚMERO DE CLAVE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ASIGNADA POR EL ISSSTE.</p> <p>(2) ANOTAR NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD A LA QUE PERTENECE EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(3) ANOTAR LA DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(4) ANOTAR EL NÚMERO DE RAMO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.</p> <p>(5) ANOTAR EL DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(6) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD O ESTADO Y LA ALCALDÍA O MUNICIPIO DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(7) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(8) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL, NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S) Y EXT.(S).</p> <p>(9) ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS AL ISSSTE QUE LABORAN EN EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(10) SEÑALAR EL TURNO DE TRABAJO SEGÚN CORRESPONDA.</p> <p>(11) NOMBRE DEL SINDICATO.</p> <p>(12) ANOTAR EL DOMICILIO DEL SINDICATO.</p> <p>(13) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD O ESTADO Y SIGLAS DE LA ALCALDÍA O ENTIDAD FEDERATIVA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.</p> <p>(14) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.</p> <p>(15) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL, NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S) Y EXT.(S).</p> <p>(16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNCIÓN COMO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p> <p>(17) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p> <p>(18) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNCIÓN COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASÍ COMO SU E-MAIL.</p> <p>(19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.</p> <p>(20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO CON HOMOCLEAVE.</p> <p>(21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SU FIRMA DE ACEPTACIÓN.</p> <p>(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.</p> | <p>(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.</p> <p>(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).</p> <p>(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).</p> <p>(26) PERIODO QUE COMPRENDE EL CALENDARIO DE ACTIVIDADES.</p> <p>(27) NÚMERO DE ACTIVIDAD A DESARROLLAR.</p> <p>(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.</p> <p>(29) UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD.</p> <p>(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.</p> <p>(31) ANOTAR AÑO, MES Y DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO LA VERIFICACIÓN.</p> <p>(32) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES ORDINARIA.</p> <p>(33) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES EXTRAORDINARIA.</p> <p>(34) MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.</p> <p>(35) INCIDENCIAS DETECTADAS: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LAS OBSERVE POR PRIMERA VEZ.</p> <p>(36) INCIDENCIAS SUBSISTENTES: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO A LA FECHA DEL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN NO ESTÉN CORREGIDAS EN EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(37) ÚNICAMENTE ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA QUE HA SIDO CORREGIDA EN EL CENTRO DE TRABAJO.</p> <p>(38) ANOTAR EL TOTAL DE RIESGOS DE TRABAJO QUE SE PRESENTARON DURANTE EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.</p> <p>(39) ANOTAR LA CANTIDAD QUE CORRESPONDE AL TIPO DE RIESGO.</p> <p>(40) ANOTAR LA FECHA EN LA CUAL SE REQUISITA ESTE FORMATO.</p> |
|---|---|



**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	0	3	0	4	0	8	0	0	1	4	0	2	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

(2) DEPENDENCIA O ENTIDAD: INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

(3) CENTRO DE TRABAJO: PLANTEL RICARDO FLORES MAGÓN "COYOACÁN"

(4) RAMO ADMINISTRATIVO:

0	0	0	0	3
---	---	---	---	---

(SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

(5) 1.2. UBICACION: CALLE Y No. EXT. E INT. CALZADA DE TLALPAN 3463 3465

(6) 1.3. CD. O ESTADO Y ALCALDIA O MUNICIPIO COYOACAN, CIUDAD DE MÉXICO.

(7) 1.4. COLONIA EJIDO VIEJO DE STA. ÚRSULA COAPA

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL 04910 No. TELEFÓNICO(S) 5555737579 5556551348 EXT.(S) 400

(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. SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DEL DISTRITO FEDERAL

(12) 2.2. UBICACION: CALLE Y No. EXT. E INT. AV. EMILIANO ZAPATA, No. 47 DEPARTAMENTO A 201

(13) 2.3. CD. O ESTADO Y ALCALDIA O MUNICIPIO BENITO JUÁREZ, CIUDAD DE MÉXICO

(14) 2.4. COLONIA PORTALES

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL 03570 No. TELEFÓNICO(S) 5584641577 EXT.(S)

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

(16) 3.1. NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) ORTIZ ESTRADA GERARDO

(17) 3.2. CARGO DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO: SAMPABLO APELLIDO MATERNO: BLAS NOMBRE(S): JUAN RUBÉN
 E-MAIL: sutiemsstyps2325@gmail.com

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE: S A B J 7 6 0 3 0 8 L N 0

(21) 4.4. CARGO: SECRETARIO DE SALUD, TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

4.5. FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			GARCIA GARCIA ALAN JOVANNY	ENCARGADO DE LA COORDINACION DE PLANTEL	
			MARTINEZ ORTEGA ALAN-MICHELLE	JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE APOYO EN PROCESOS Y GESTION	
S U P L E N T E S			QUINTERO GARCIA JUAN CARLOS	ENLACE "A"	
			DE LOZA GUTIERREZ JOSE GUADALUPE	LIDER COORDINADOR DE PROYECTOS "B"	

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			MACAÑA FLORES ITZEL YADIRA	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	
			TEJEDA ALARCÓN VICTORIA	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	
S U P L E N T E S			CHAVEZ BALTAZAR CLAUDIA GRACIELA	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	
			SALAZAR MENDOZA SERGIO MARIO	DOCENTE-TUTOR-INVESTIGADOR "C"	

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: CIRCULAR SECTE/IEMS/DC/DAF/1724/2024 FECHA: 2 0 2 4 1 0 0 7
A A A A M M D D

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: SUTIEMS/CMSH/03/2024 FECHA: 2 0 2 4 0 9 2 4
A A A A M M D D

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26) PERÍODO:

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

 A

2	0	2	4	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				
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:

2	0	2	4	0	9	3	0
A	A	A	A	M	M	D	D

 (31)

TIPO DE VERIFICACIÓN: ORDINARIA (32) EXTRAORDINARIA (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

 (34)

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)

No. INCIDENCIA	TRIMESTRE	ANO					
CLAVE	(1,2,3,4)	(ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)					
1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>	9	8	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>3</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	3	2	4
9	8						
3	2	4					
2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
3	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
4	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			

SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) (36)

No. INCIDENCIA	TRIMESTRE	ANO					
CLAVE	(1,2,3,4)	(ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)					
1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
3	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
4	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			

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:

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

SOLO ANOTAR EL NUMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

1	2	3	4	5	6	7	8																
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: ACCIDENTE DE TRABAJO

--	--

 ENFERMEDAD PROFESIONAL

--	--

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

Ciudad de México, a 30 de septiembre de 20 24

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. CANCELERÍA 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 DRENADO 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.	28. DIVERSAS (ESPECIFICAR).
14. MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACIÓN EN MUROS Y AZOTEAS.	
15. ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	08. 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
RÉGISTRO 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), (25), (40).	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) ó (33), (34), (35) y/ó (36) y/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 DICHA(S) ASPECTO(S).

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 O ESTADO Y LA ALCALDÍA O MUNICIPIO DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.
- (7) ANOTAR EL NÚMERO DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL CENTRO DE TRABAJO.
- (8) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL, NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S) Y EXT.(S).
- (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 O ESTADO Y SIGLAS DE LA ALCALDÍA O 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, NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S) Y EXT.(S).
- (16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNDIRÁ 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 FUNDIRÁ 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 CON HOMOCLAVE.
- (21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SU FIRMA DE ACEPTACIÓN.
- (22) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROPIETARIOS Y SUPLENTE(S) 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(S) 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) PERÍODO 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 CORRESPONDERÁN 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 MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE DENTRO DEL CUAL SE PROGRAMARÁ 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 ESTÉN 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.

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	3	0	4	0	8	0	1	1	2	5	2	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

(2) DEPENDENCIA O ENTIDAD:

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

(3) CENTRO DE TRABAJO:

PLANTEL BELISARIO DOMINGUEZ

(4) RAMO ADMINISTRATIVO:

3	0	4	0	8
---	---	---	---	---

(SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

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

AV. LA CORONA	436
---------------	-----

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

GUSTAVO A. MADERO

(7) 1.4. COLONIA

LOMA DE LA PLAMA

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL

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

 No. TELEFÓNICO

2	2	2	7	6	1	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---

2	2	2	7	6	1	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---

(9) 1.6. NÓ. 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.

SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

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

AV. EMILIANO ZAPATA NO. 47 DEPARTAMENTO	A	201
---	---	-----

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

ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, CIUDAD DE MÉXICO
--

(14) 2.4. COLONIA

PORTALES

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL

--	--	--	--	--

 No. TELEFÓNICO

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

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

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

APPELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE
(16) 3.1. NOMBRE

TORREZ	FRANCO	JOSÉ MARTÍN
--------	--------	-------------

(17) 3.2. CARGO

ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL PLANTEL

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE
 MEJIA MÉNDEZ ALAN JORGE
 E-MAIL: alanjorge.mejia@iems.edu.mx

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC): M E M A 8 1 1 0 3 1

(21) 3.2. CARGO: JUD DE PROCESOS Y GESTIÓN

4.4. ACEPTACION DEL CARGO: *[Firma]*
 (FIRMA)

5. INTEGRACION DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL: INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
PROPIETARIOS			TORREZ FRANCO JOSÉ MARTÍN	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL PLANTEL	<i>[Firma]</i>
			MEJIA MÉNDEZ ALAN JORGE	JUD DE PROCESO Y GESTIÓN	<i>[Firma]</i>
SUPLENTE					

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL: SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
PROPIETARIOS			MONTOYA CASIMIRO MARÍA DEL CARMEN	REPRESENTANTE	<i>[Firma]</i>
			PERALTA MARTÍNEZ LUIS ALBERTO	REPRESENTANTE	<i>[Firma]</i>
SUPLENTE					
			LÓPEZ JIMÉNEZ MOISES	REPRESENTANTE	<i>[Firma]</i>

6. DOCUMENTACION ANEXA

(24) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO: FECHA:

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: SUTIEMS/CM SH/03/2024 FECHA: 2 0 2 4 0 9 2 4
 A A A A M M D D

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26) PERIODO:

2	0	2	4	0	9	1	6
A	A	A	A	M	M	D	D

 A

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

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

A	A	A	A	M	M	D	D

 (31)

TIPO DE VERIFICACIÓN
 ORDINARIA (32) EXTRAORDINARIA (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA (34)

1	2	3	4

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)						OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)	
No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	No.	INCIDENCIA CLAVE		TRIMESTRE (1,2,3,4)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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) (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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<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) (37)

SÓLO ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

1 2 3 4 5 6 7 8

(38) No. DE RIESGOS DE TRABAJO: (39) ACCIDENTE DE TRABAJO (39) ENFERMEDAD PROFESIONAL

(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 20 24

J. O. S. S. T.

CONDICIONES PELIGROSAS Y/O DE RIESGO (INCIDENCIA)

01 INSTALACION DE GAS EN MALAS CONDICIONES.	16 ALMACENAMIENTO DE MATERIAL O EQUIPO CON EXCESO DE PESO EN AREAS DE TRABAJO.
02 ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS EN AREAS 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 HIDRAULICAS 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 AREAS 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), (25), (40).	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) ó (33), (34), (35) y/ó (36) y/ó (37), (38), (39), (40).			X

NOTA: EN LOS CASOS EN QUE SEA NECESARIO REPORTAR DOS O MAS ASPECTOS EN ESTE FORMATO, ÚNICAMENTE SE DEBERA 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 ESTE.
- (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 PARTICIPAN 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 PARTICIPAN 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 ESTÉN 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.

55 de que
 Ales
 de

del



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL IEMS
PLANTEL BELISARIO DOMÍNGUEZ

46546



Ciudad de México a 03 de octubre del 2024

OFICIO N° SECTEI/IEMS/DG/PBD/287/2024

ASUNTO: FORMATO UNICO CSST

MTRO. GERARDO ORTIZ ESTRADA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE

Por medio del presente envié a usted, el formato único de CSST, con clave de la comisión 4130408011252006, que corresponde al Centro de Trabajo Plantel Belisario Domínguez, debidamente requisitado por los miembros de la comisión sindical, del presidente y secretario de la Comisión de Seguridad y Salud en el trabajo.

Sin otro particular, quedo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración al respecto, que tenga un excelente día

ATENTAMENTE

J. Franco

ING. JOSÉ MARTÍN TORREZ FRANCO
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA
SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL
PLANTEL "BELISARIO DOMÍNGUEZ"



04 OCT 2024



14:39
04 OCT 2024
el original.

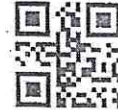
C.c.p.p LIC. BRICK GENARO PÉREZ AKUETA BARBOSA, SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS

Av. La Corona no. 436, Col. Loma de la Palma, Alzaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07160, Ciudad de México.
Teléfono: 55-2227-6135, 55-2227-6136 y 55-2227-6137
www.iems.odmx.gob.mx/

No. Expediente: PBD-1283-100

CIUDAD INNOVADORA
Y DE NEGOCIOS

GOBIERNO CON
ACENTO SOCIAL



SALUD EN EL TRABAJO

COMISIÓN: CENTRAL ESTATAL AUXILIAR
SPECTO (S) QUE SE REPORTA (N) REGISTRO ACTUALIZACIÓN CALENDARIO VERIFICACIÓN

(1) CLAVE DE LA COMISIÓN

4	1	3	0	4	0	8	0	1	1	2	5	2	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

(2) DEPENDENCIA O ENTIDAD:

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

(3) CENTRO DE TRABAJO:

PLANTEL BELISARIO DOMINGUEZ

(4) RAMO ADMINISTRATIVO:

3	0	4	0	8
---	---	---	---	---

(SOLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

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

AV. LA CORONA	436
---------------	-----

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

GUSTAVO A. MADERO

(7) 1.4. COLONIA

LOMA DE LA PLAMA

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL

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

 No. TELEFÓNICO

2	2	2	7	6	1	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---

 :

2	2	2	7	6	1	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---

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

--

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

2. ORGANIZACION SINDICAL

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

SINDICATO DE LA UNION DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACION MEDIA SUPERIOS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

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

AV. EMILIANO ZAPATA NO. 47 DEPARTAMENTO	A	201
---	---	-----

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

ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, CIUDAD DE MÉXICO
--

(14) 2.4. COLONIA

PORTALES

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL

--	--	--	--	--

 No. TELEFÓNICO

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

 :

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

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

(16) 3.1. NOMBRE

APPELLIDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE
TORREZ	FRANCO	JOSÉ MARTÍN	

(17) 3.2. CARGO

ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL PLANTEL

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO MEJÍA MATERNO MÉNDEZ NOMBRE ALAN JORGE
 E-MAIL alanjorge.mejia@iems.edu.mx

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC) M E M A 8 1 1 0 3 1

(21) 3.2. CARGO JUD DE PROCESOS Y GESTIÓN

4.4. ACEPTACION DEL CARGO: *[Firma]*
 (FIRMA)

5. INTEGRACION DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL: INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
PROPIETARIOS	TORREZ FRANCO	JOSÉ MARTÍN		ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL PLANTEL	<i>[Firma]</i>
	MEJÍA MÉNDEZ	ALAN JORGE		JUD DE PROCESO Y GESTIÓN	<i>[Firma]</i>
SUPLENTE					

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL: SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
PROPIETARIOS	MONTROY CASIMIRO	MARÍA DEL CARMEN		REPRESENTANTE	<i>[Firma]</i>
	PERALTA MARTÍNEZ	LUIS ALBERTO		REPRESENTANTE	<i>[Firma]</i>
SUPLENTE	LÓPEZ JIMÉNEZ	MOISES		REPRESENTANTE	<i>[Firma]</i>

6. DOCUMENTACION ANEXA

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

(24) 6.1. OFICIO DE DESIGNACION DE REPRESENTACION OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO: FECHA:

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACION DE REPRESENTACION SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: SUTIEMS/CMSH/03/2024 FECHA: 2 0 2 4 0 9 2 4
 A A A A M M D D

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26) PERIODO:

2	0	2	4	0	9	1	6
A	A	A	A	M	M	D	D

 A

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

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

A	A	A	A	M	M	D	D

 (31)

TIPO DE VERIFICACIÓN
 ORDINARIA (32) EXTRAORDINARIA (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA (34)

1	2	3	4

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)						OBSERVACIONES (SOLO INCIDENCIA 99)	
No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	No.	INCIDENCIA CLAVE		TRIMESTRE (1,2,3,4)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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) (36)							
No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<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) (37)

SOLO ANOTAR EL NUMERO 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"/>
------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

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

(40)

CIUDAD DE MÉXICO, a 30 de SEPTIEMBRE de 20 24

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

CONDICIONES PELIGROSAS Y/O DE RIESGO (INCIDENCIA)

01 INSTALACION DE GAS EN MALAS CONDICIONES.	16 ALMACENAMIENTO DE MATERIAL O EQUIPO CON EXCESO DE PESO EN AREAS DE TRABAJO.
02 ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS EN AREAS 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 SAUDAS DE EMERGENCIA.	24 FALTA DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS O CALENTADORES.
10 FALTA DE SEÑALAMIENTOS.	25 CONDICIONES INAPROPIADAS DE RUIDO Y VIBRACIONES.
11 SANITARIOS CARENTES DE MANTENIMIENTO.	26 MALAS CONDICIONES TÉRMICAS O DE PRESIÓN.
12 CONDICIONES DE VENTILACIÓN INADECUADAS.	27 FALTA DE FUMIGACIÓN.
13 FALTA DE MANTENIMIENTO DE LUMINARIAS.	99 DIVERSAS (ESPECIFICAR).
14 MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACIÓN EN MUROS Y AZOTEAS.	
15 ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES

APLICACION DE APARTADOS DE ESTE FORMATO

ASPECTOS A REPORTAR	PUNTOS A REQUISITAR EN EL FORMATO	COMISIONES		
		CENTRALES	ESTATALES	AUXILIARES
REGISTRO DE LA COMISION 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 COMISION 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), (25), (40).	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 COMISION 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) ó (33), (34), (35) y/ó (36) y/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, ASÍ COMO SU E-MAIL.
- (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ESTE.
- (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 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.
- (40) ANOTAR LA FECHA EN LA CUAL SE REQUISITA ESTE FORMATO.

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 0 3 0 4 0 8 0 0 1 4 0 2 0 0 6
 (EN CASO DE REGISTRO DE LA COMISIÓN, LA CLAVE SERÁ PROPORCIONADA POR EL ISSSTE)

(2) DEPENDENCIA O ENTIDAD: INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

(3) CENTRO DE TRABAJO: PLANTEL AZCAPOTZALCO I "MELCHOR OCAMPO"

(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. ROSARIO ESQ. HIDALGO S/N

(6) 1.3. CD. O ESTADO Y ALCALDÍA O MUNICIPIO AZCAPOTZALCO, CIUDAD DE MÉXICO

(7) 1.4. COLONIA SANTA CATARINA

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL 0 2 7 0 0 No. TELEFÓNICO(S) 5 5 5 3 8 3 5 4 2 8 EXT.(S) 4 0 7

(9) 1.6. No. DE TRABAJADORES (SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES) 95

(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. SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

DEL DISTRITO FEDERAL

(12) 2.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT. AV. EMILIANO ZAPATA, No. 47 DEPARTAMENTO A 201

(13) 2.3. CD. O ESTADO Y ALCALDÍA O MUNICIPIO ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, CIUDAD DE MÉXICO

(14) 2.4. COLONIA COLONIA PORTALES

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL 0 3 5 7 0 No. TELEFÓNICO(S) 5 5 8 4 6 4 1 5 7 7 EXT.(S)

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

(16) 3.1. NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) ORTIZ ESTRADA GERARDO

(17) 3.2. CARGO DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO **JUAN RUBÉN** APELLIDO MATERNO **SAMPABLO** NOMBRE(S) **BLAS**
 E-MAIL: **juinmsstvn2327@gmail.com**

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE: **S A B J 7 6 0 3 0 8 L N 0**

(21) 4.4. CARGO: **DOCENTE, TUTOR E INVESTIGADOR "C"**

4.5. FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL: INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			CASTILLO TIRADO JULIO ANTONIO	ENCARGADO DE DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DE PLANTEL	
			GARCÍA PÉREZ JUAN CARLOS	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE PROCESOS Y GESTIÓN	
S U P L E N T E S			TAFOYA LEDESMA RICARDO	LÍDER COORDINADOR DE PROYECTOS A	
			MORALES MARTÍNEZ FERNANDO	ENLACE B	

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL: SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			FRANCO GUZMÁN XIMENA	DOCENTE, TUTOR E INVESTIGADOR "C"	
			CRUZ GUZMÁN BELINDA	JEFE DE DIVISIÓN AA	
S U P L E N T E S			FLORES BURGOS JUAN	DOCENTE, TUTOR E INVESTIGADOR "C"	
			MORALES IBARRA JUAN CARLOS	PROFESIONAL	

6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

(24) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO: **SECTE/IEMS/DG/PMO/369/2024** FECHA: **2 0 2 4 0 9 2 7**
A A A A M M D D

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: **SUTIEMS/CMSH/03/2024** FECHA: **2 0 2 4 0 9 2 4**
A A A A M M D D

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26) PERÍODO:

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

 A

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

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

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

 (31) TIPO DE VERIFICACIÓN ORDINARIA (32) EXTRAORDINARIA (33) TRIMESTRE QUE SE REPORTA (34)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1	2	3	4

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)				OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)			
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)		No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	
1	1 1	4	2 4	5			
2	1 3	4	2 4	6			
3	1 4	4	2 4	7			
4	1 5	4	2 4	8			

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

SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) (36)			
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	
1			
2			
3			
4			

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		2		3		4		5		6		7		8	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

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

(40)

Ciudad de México, a 1 de octubre de 20 24

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

[Handwritten signatures and notes on the right margin]

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 CANCELERÍA DE PUERTAS Y VENTANAS EN MAL ESTADO.
03 EQUIPO CONTRA INCENDIO INEXISTENTE.	18 VIDRIOS ROTOS.
04 EQUIPO CONTRA INCENDIO INAPROPIADO O CARENTE DE MANTENIMIENTO	19 INSTALACIONES ELÉCTRICAS DEFECTUOSAS O MAL UTILIZADAS.
05 PISOS EN MAL ESTADO.	20 INSTALACIONES HIDRÁULICAS O DE DRENAJE CARENTES DE MANTENIMIENTO.
06 ESCALERAS SIN PASAMANOS O CON ESCALONES DETERIORADOS	21 TINACOS Y CISTERNAS SIN MANTENIMIENTO DE LIMPIEZA.
07 ESCALERAS SIN PROTECCIÓN ANTIDERRAPANTE.	22 MOBILIARIO DE TRABAJO INADECUADO.
08 FALTA DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.	23 FALTA DE MANTENIMIENTO AL EQUIPO DE TRABAJO.
09 NO EXISTEN SALIDAS DE EMERGENCIA.	24 FALTA DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS O CALENTADORES.
10 FALTA DE SEÑALAMIENTOS.	25 CONDICIONES INAPROPIADAS DE RUIDO Y VIBRACIONES.
11 SANITARIOS CARENTES DE MANTENIMIENTO	26 MALAS CONDICIONES TÉRMICAS O DE PRESIÓN.
12 CONDICIONES DE VENTILACIÓN INADECUADAS.	27 FALTA DE FUMIGACIÓN.
13 FALTA DE MANTENIMIENTO DE LUMINARIAS.	99 DIVERSAS (ESPECIFICAR)
14 MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACIÓN EN MUROS Y AZOTEAS.	
15 ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	98 CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES

APLICACIÓN DE APARTADOS DE ESTE FORMATO

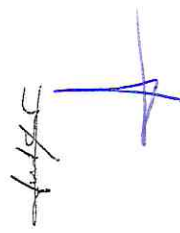










ASPECTOS A REPORTAR	PUNTOS A REQUISITAR EN EL FORMATO	COMISIONES		
		CENTRALES	ESTATALES	AUXILIARES
REGISTRO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (24), (25), (26), (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), (25), (40).	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), (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 O ESTADO Y LA ALCALDÍA O MUNICIPIO 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, NÚMERO(S) TELEFONICO(S) Y EXT.(S).
- (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 O ESTADO Y SIGLAS DE LA ALCALDÍA O 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, NÚMERO(S) TELEFONICO(S) Y EXT.(S).
- (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 FSTE.
- (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO CON HOMOCLEAVE.
- (21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SU FIRMA DE ACEPTACIÓN.
- (22) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS

- (23) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PROPIETARIOS Y SUPLENTE(S) 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 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 ESTÉN 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.



GOBIERNO
CIUDAD DE

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



Ciudad de México, a 11 de noviembre de 2024

NOTA INFORMATIVA

Para: Comisión Mixta de Seguridad e Higiene
De: Lic. Erick Genaro Piña Arrieta Barbosa
Subdirector de Recursos Materiales, Abastecimientos y Servicios
Asunto: simulacros semiescolar

Se realizó un simulacro en fin de semana para estudiantes, docentes y trabajadores que laboran en sábado, se anexan memoria fotográfica.

-Iztapalapa 1. Ifigenia Martha Martínez y Hernández



-Iztapalapa V. Jose Ma. Pérez Gay





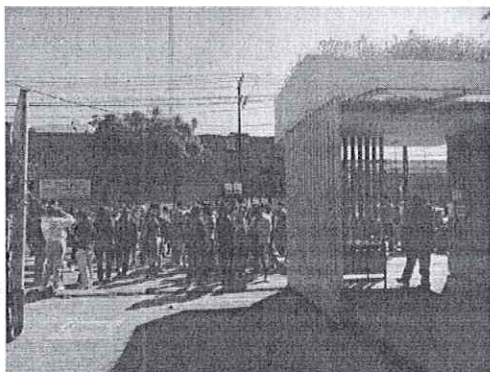
GOBIERNO
CIUDAD DE

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



Ciudad de México, a 11 de noviembre de 2024

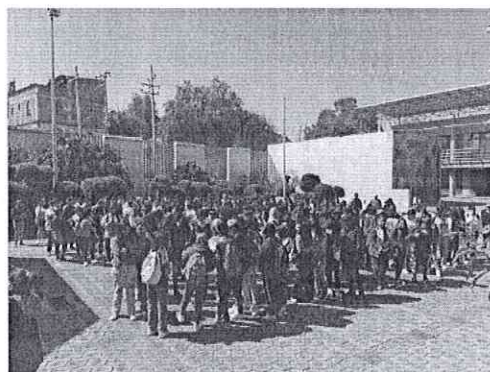
-Iztacalco. Felipe carrillo Puerto



Tlalpan I. Gral. J. Múgica



-Xochimilco. Bernardino de Sahagún



Avenida División del Norte 906, Colonia Narvarte
Poniente, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03020,
Ciudad de México. Tel. 55-56362500 ext. 400

CIUDAD **INNOVADORA**
Y DE **DERECHOS**

GOBIERNO CON
ACENTO SOCIAL

Página 2 de 4



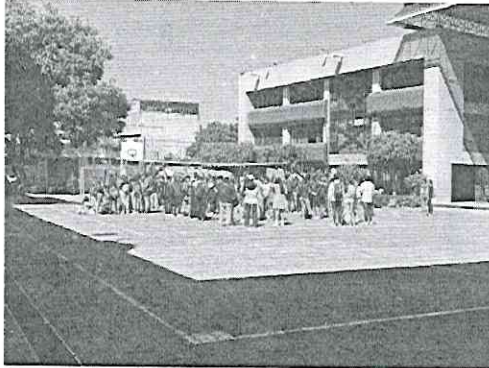
GOBIERNO
CIUDAD DE

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

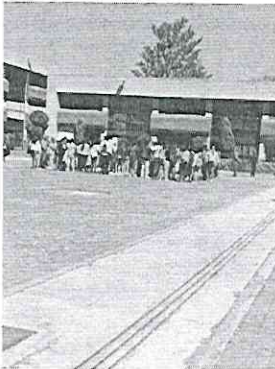


Ciudad de México, a 11 de noviembre de 2024

-Miguel Hidalgo. Carmen Serdán



-Tláhuac I. José Ma. Morelos y Pavón



-Iztapalapa III. Miravalle



Avenida División del Norte 906, Colonia Narvarte Poniente, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03020, Ciudad de México. Tel. 55-56362500 ext. 400

CIUDAD **INNOVADORA**
Y DE **DERECHOS**

GOBIERNO CON
ACENTO SOCIAL



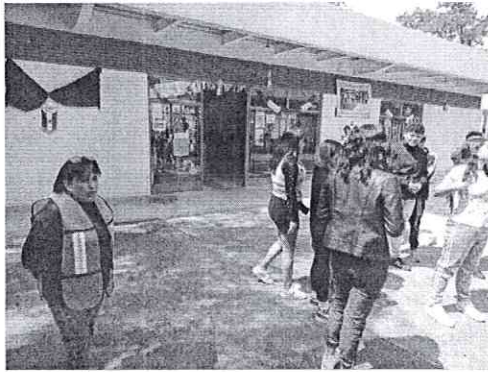
GOBIERNO
CIUDAD DE

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

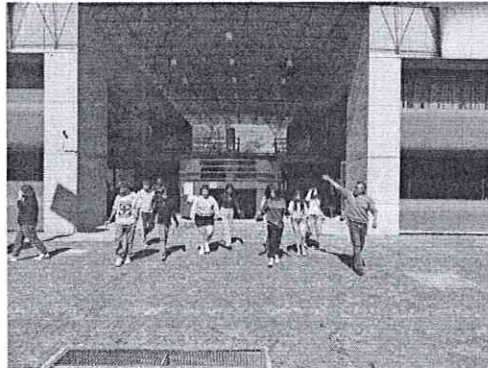


Ciudad de México, a 11 de noviembre de 2024

-Venustiano Carranza II. Alameda Oriente



-Álvaro Obregón I. Gral. Lázaro Cárdenas del Río



Avenida División del Norte 906, Colonia Narvarte
Poniente, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03020,
Ciudad de México. Tel. 55-56362500 ext. 400

CIUDAD **INNOVADORA**
Y DE **DERECHOS**

GOBIERNO CON
ACENTO SOCIAL

Página 4 de 4



Ciudad de México, a 7 de octubre de 2024 CIRCULAR SECTE/IEMS/DG/DAF/1724/2024 Asunto: Designación de integrantes ante Comisiones Auxiliares de Seguridad y Salud en el Trabajo

COMISIÓN MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR CDMX PRESENTES

En cumplimiento a los artículos 3, 7, 8 y 9 del Reglamento de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene, me permito informar que por instrucciones de la Mtra. Silvia Jurado Cuéllar, Directora General del Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México, fueron designadas las siguientes personas servidoras públicas como integrantes de las Comisiones Auxiliares de Seguridad y Salud en el Trabajo en los diversos planteles de esta Entidad Académica:

Table with 2 columns: Position and Name. Rows include PLANTEL ALVARO OBREGÓN I, PROPIETARIO 1 RODOLFO SORIA PORTILLA, CARGO PROPIETARIO 1 ENCARGADO DE DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL PLANTEL, PROPIETARIO 2 JOSÉ ÁNGEL BOJORGES LOYOLA, CARGO PROPIETARIO 2 JEFE DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE APOYO A PROCESOS Y GESTIÓN, SUPLENTE 1 JOSÉ ROMÁN ÁLVAREZ ROSAS, CARGO SUPLENTE 1 LÍDER COORDINADOR DE PROYECTOS "B", SUPLENTE 2 ELIZABETH DE LA VEGA MONTES, CARGO SUPLENTE 2 JEFA DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE APOYO A ESTUDIANTES Y DOCENTES

Table with 2 columns: Position and Name. Rows include PLANTEL ALVARO OBREGÓN II "VASCO DE QUIROGA", PROPIETARIO 1 CARLOS RAFAEL SENA CARDONA, CARGO PROPIETARIO 1 ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL PLANTEL, PROPIETARIO 2 SOFÍA PÉREZ SÁNCHEZ, CARGO PROPIETARIO 2 JEFE DE LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE APOYO A PROCESOS Y GESTIÓN, SUPLENTE 1 JORGE LUIS ARMENTA SANTIAGO, CARGO SUPLENTE 1 LÍDER COORDINADOR DE PROYECTOS "B", SUPLENTE 2 OSCAR GUSTAVO MARTÍNEZ BRIONES, CARGO SUPLENTE 2 ENLACE "A"



**SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL
INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**

No de oficio. SUTIEMS/CMSH/03/2024
Ciudad de México, 24 de septiembre del 2024.

Mto. Gerardo Ortiz Estrada
Director de Administración y Finanzas
del Instituto de Educación
Media Superior de la CDMX
PRESENTE.

Por este medio y en alcance al oficio N° SECTEI/IEMS/DG/DAF/1338/2024 con respecto a la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene con número clave: 4030408001402006. Por lo que nos permitimos enviarle a usted, el listado de los compañeros electos del centro de trabajo ÁLVARO OBREGÓN 1, GENERAL LÁZARO CÁRDENAS DEL RIO.

SUBCOMISIÓN TITULAR. SANDOVAL JUÁREZ VERÓNICA
SUBCOMISIÓN TITULAR. MACIAS HERNÁNDEZ GRACIELA
SUBCOMISIÓN SUPLENTE. SIERRA MARTÍNEZ MARTA BEATRIZ
SUBCOMISIÓN SUPLENTE. GONZÁLEZ VÁZQUEZ HERIBERTO

Sin más por el momento y en espera de sus consideraciones para la realización de las funciones encomendadas a las subcomisiones, aprovechamos para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

COMISIÓN MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE DE SUTIEMS
SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO
DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR (SUTIEMS)

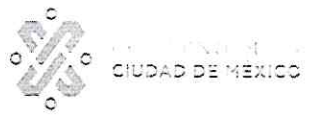
POR EDUCACIÓN Y TRABAJOS DIGNOS

C.c.p JUAN ANTONIO DÍAZ BARRIENTOS, SECRETARIO GENERAL.

Av. Emiliano Zapata N 47 departamento A 201, colonia Portales, C.P. 03570 Alcaldía Benito Juárez
<https://sutiems.org> <https://twitter.com/SutiemsOrg>



-Archivo C/WH



INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCIÓN GENERAL IEMS
PLANTEL FELIPE CARRILLO PUERTO



[Handwritten mark]

Ciudad de México a 22 de octubre del 2024
OFICIO N° SECTEI/IEMS/DG/PFCP/322/2024 ✓

ASUNTO: Entrega de formato Unico CSST

LIC. ERICK GENARO PIÑA ARRIETA BARBOSA
SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES,
ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS
PRESENTE

Por medio del presente, envío a usted el Formato Único CSST versión 2019 debidamente
requisitado, para los fines administrativos que procedan.

Sin más, por el mometo, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

~~LIC JAVIER CHAVEZ LOZANO
ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DE
COORDINACIÓN DEL PLANTEL "FELIPE
CARRILLO PUERTO"~~



1513
22 OCT 2024

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



Oriente 237 Núm. 21, Col. Agrícola Oriental, Alcaldía Iztacalco,
C.P. 08300, Ciudad de México.
Teléfono: 55-5756-9678 y 55-5756-8151
www.iems.edmx.gob.mx/

No. Expediente: PFCP-1190-100

AGENTE SOCIAL

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

11) CLAVE DE LA COMISIÓN 4 0 3 0 4 0 8 0 0 1 4 0 2 0 0 6
 (EN CASO DE REGISTRO DE LA COMISIÓN, LA CLAVE SERÁ PROPORCIONADA POR EL ISSSTE)

12) DEPENDENCIA O ENTIDAD: INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

13) CENTRO DE TRABAJO: PLANTEL IZTACALCO "FELIPE CARRILLO PUERTO"

14) RAMO ADMINISTRATIVO:
 (SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

12) UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT. OTE. 237 21

13) CD. O ESTADO Y ALCALDÍA O MUNICIPIO CIUDAD DE MÉXICO - IZTACALCO

14) COLONIA AGRÍCOLA ORIENTAL

15) CÓDIGO POSTAL 0 8 5 0 0 No. TELEFÓNICO(S) 51517151 516712 51517151 517191 EXT.(S) 111611 131610

16) No. DE TRABAJADORES (SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES) 109

17) TURNOS DE TRABAJO: DIURNO NOCTURNO MIXTO

2. ORGANIZACIÓN SINDICAL

21) NOMBRE DEL SINDICATO O SECCIÓN SINDICAL QUE CORRESPONDE AL CENTRO DE TRABAJO. SINDICATO UNICO DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

22) UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT. AV. EMILIANO ZAPATA No. 47 DEPARTAMENTO A 201

23) CD. O ESTADO Y ALCALDÍA O MUNICIPIO CIUDAD DE MÉXICO - BENITO JUÁREZ

24) COLONIA PORTALES

25) CÓDIGO POSTAL 0 3 5 7 0 No. TELEFÓNICO(S) 515181614 1151717 EXT.(S)

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

31) NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) ORTIZ ESTRADA GERARDO

32) CARGO DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

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

(01) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO: SAMPABLO APELLIDO MATERNO: BLAS NOMBRE(S): JUAN RUBEN
E-MAIL: *@campus.cu222b@unam.mx

(02) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(03) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLEVE: S A B J 7 6 0 3 0 8 L N 0

(04) 4.4. CARGO: SECRETARIO DE SALUD, TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

4.5. FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(01) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL: INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			CHÁVEZ LOZANO JAVIER	SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL BILANTE	
			LOEZA ROQUE ALEJANDRO	JUD DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN	
S U P L E N T E S			FLORES SÁNCHEZ WENDOLLYNE	JUD DE APOYO A ESTUDIANTES Y DOCENTES	
			GARCÍA ORTEGA OLGA JANETH	ENLACE A	

(02) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			OLGUÍN ORTIZ JUAN	DOCENTE TUTOR INVESTIGADOR	
			HERNÁNDEZ VILLANUEVA AIDEÉ	JEFE DE OFICINA DE SISTEMAS DE CÓMPUTO	<i>Hernández Villanueva Aidee</i>
S U P L E N T E S			ROSAS HERNÁNDEZ MARÍA DEL REFUGIO	JEFE DE DIVISIÓN AA	
			MARTÍNEZ IRINEO ALEJANDRO	DOCENTE TUTOR INVESTIGADOR	

6. DOCUMENTACIÓN ANEXA
(INVARIABLEMENTE SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS OFICIOS DE REFERENCIA AL PRESENTE FORMATO)

(01) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO: SECTE/IEMS/DG/DAF/172/2024 FECHA: 2 0 2 4 1 0 0 7
A A A A M M D D

(02) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: SUTIEMS/CMSH/03/2024 FECHA: 2 0 2 4 0 9 2 4
A A A A M M D D

CONDICIONES PELIGROSAS Y/O DE RIESGO (INCIDENCIA)	
01. INSTALACIÓN DE CAS 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. CANCELERA DE PUERTAS Y VENTANAS EN MAL ESTADO.
03. EQUIPO CONTRA INCENDIO INEFECTIVO.	18. VIDRIOS ROTOS.
04. EQUIPO CONTRA INCENDIO INADecuADO 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. TANQUES Y CISTERNAS SIN MANTENIMIENTO DE LIMPIEZA.
07. ESCALERAS SIN PROTECCIÓN ANTI-DERAPANTE.	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 SEÑALIZACIONES.	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 PUNICIÓN.
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), (25), (40).	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), (24), (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) a (33), (34), (35) y/o (36) y/o (37), (38), (39), (40).			X

NOTA: EN LOS CASOS EN QUE SEA NECESARIO REPORTAR DOS O MÁS ASPECTOS EN ESTE FORMATO, ÚNICAMENTE SE DEBERÁ COMPLEMENTAR EL REQUISITADO DE LOS PUNTOS CORRESPONDIENTES A DICHA(S) ASPECTO(S).

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 O ESTADO Y LA ALCALDÍA O MUNICIPIO 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, NÚMEROS TELEFÓNICOS Y EXT.SI.
- (9) ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS AL ISSSTE QUE LABOREN 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 O ESTADO Y SIGLAS DE LA ALCALDÍA O 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, NÚMEROS TELEFÓNICOS Y EXT.SI.
- (16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNCIÓN 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 FUNCIÓN 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 ESTE.
- (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO CON HOMOCIAVE.
- (21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SU FIRMA DE ACEPTACIÓN.
- (22) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PAD/ESTADOS Y SUPLENTE(S) 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(S) 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 SI CUMPLEN CORRESPONDERÁ A ACTIVIDADES QUE CONSIDERE NECESARIO LLEVAR A CABO CADA COMISIÓN PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN DE RIESGO DEL TRABAJO.
- (29) UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD.
- (30) SE DEBERÁ MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE DENTRO DEL CUAL SE PROGRAMARÁ LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS, DANDO PRIORIDAD A LOS REGISTROS 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 REGISTRO DE VERIFICACIÓN NO ESTÉN 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.

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26) PERÍODO:

2	0	2	4	0	4	1	6
A	A	A	A	M	M	D	D

 A

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

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

A	A	A	A	M	M	D	D

 (31) TIPO DE VERIFICACIÓN ORDINARIA (32) EXTRAORDINARIA (32) TRIMESTRE QUE SE REPORTA

1	2	3	4

 (34)

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)				OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)					
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	ANO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	ANO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	PROPOUESTAS REALIZADAS POR LA C.S.S.T., PARA LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, EN EL CENTRO DE TRABAJO:			
1			5						
2			6						
3			7						
4			8						
SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) (36)									
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	ANO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	No. INCIDENCIA CLAVE					TRIMESTRE (1,2,3,4)	ANO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)
1			5						
2			6						
3			7						
4			8						

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

SOLO ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SURSANADA

1		2		3		4		5		6		7		8	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

(38)

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: ACCIDENTE DE TRABAJO (39) ENFERMEDAD PROFESIONAL (39)

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

(40)

CIUDAD DE MÉXICO, a 25 de SEPTIEMBRE de 20 24



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE
MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL IEMS
PLANTEL BENITO JUÁREZ



Ciudad de México a 14 de octubre del 2024

OFICIO N° SECTE/IEMS/DG/PBJ/412/2024

ASUNTO: Formato de Registro y Funcionamiento de
Comisiones de Seguridad y Salud en el Trabajo.

MTR. GERARDO ORTIZ ESTRADA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE

En respuesta a la Circular S/N emitida el 13 de septiembre del año en curso, me permito anexar a usted el formato único CSST: Registro y Funcionamiento de Comisiones de Seguridad y Salud en el Trabajo debidamente requisitado por todos los integrantes propietarios y suplentes de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene en el Plantel Iztapalapa II, "Benito Juárez"; así mismo le hago llegar el Oficio Número SUTIEMS/CMSH/03/2024, con fecha 24 de septiembre del año en curso, del Sindicato de la Unión de Trabajadores del Instituto de Educación Media Superior, en el cual se mencionan los titulares y suplentes de dicha Comisión Mixta en el Plantel a mi cargo.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.



15 OCT 2024

ATENTAMENTE
[Handwritten Signature]
MTRA MARÍA GUADALUPE CORDOVA
VALENCIA
ENCARGADA DEL DESPACHO DE LA
SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL
PLANTEL "BENITO JUÁREZ"



[Handwritten Signature] 12:44 hr -
15 OCT 2024

Av. Zacatlán esq. Compañichil. Col. Lomas de San Lorenzo Tezonco.
Avenida Iztapalapa. C.P. 09790. CDMX.
Teléfono: 55 5850-5940, 55 5850-6249 y 55 5041-5042

No. Expediente: PBJ-1288-100



CIUDAD DE MÉXICO

GOBIERNO CON

CMSH



**SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL
INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**

No de oficio. SUTIEMS/CMSH/03/2024
Ciudad de México, 24 de septiembre del 2024.

Mto. Gerardo Ortiz Estrada
Director de Administración y Finanzas
del Instituto de Educación
Media Superior de la CDMX
P R E S E N T E.

Por este medio y en alcance al oficio N° SECTEI/IEMS/DG/DAF/1338/2024 con respecto a la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene con número clave: 4030408001402006. Por lo que nos permitimos enviarle a usted, el listado de los compañeros electos del centro de trabajo IZTAPALAPA II, BENITO JUÁREZ.

SUBCOMISIÓN TITULAR. BURGOS HIDALGO ROMAN CARLOS

SUBCOMISIÓN TITULAR. SANTOS MENDOZA ALFONSO

SUBCOMISIÓN SUPLENTE. HERRERA MARTÍNEZ MARCELINO

SUBCOMISIÓN SUPLENTE. PÉREZ GUTIERREZ ITZEL

Sin más por el momento y en espera de sus consideraciones para la realización de las funciones encomendadas a las subcomisiones, aprovechamos para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

COMISIÓN MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE DE SUTIEMS
SINDICATO DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO
DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR (SUTIEMS)

POR EDUCACIÓN Y TRABAJOS DIGNOS

C.c.p JUAN ANTONIO DÍAZ BARRIENTOS, SECRETARIO GENERAL.

Av. Emiliano Zapata N 47 departamento A 201, colonia Portales, C.P. 03570 Alcaldía Benito Juárez
<https://sutiems.org> <https://twitter.com/SutiemsOrg>

9105

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO: **CORTÉS** APELLIDO MATERNO: **GARCIA** NOMBRE(S): **DANIEL**
 E-MAIL: **DANIEL.CORTES.G@IEMS.EDU.MX**

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE: **C O G D 8 1 0 3 1 3 3 Q 6**

(21) 4.4. CARGO: **JUD DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN**

4.5. FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			CÓRDOVA VALENCIA MARÍA GUADALUPE	ENCARGADA DE DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN	
			CORTÉS GARCIA DANIEL	JUD DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN	
S U P L E N T E S			SALVADOR MARTÍNEZ TAFOLLA	JUD DE APOYO A ESTUDIANTES Y DOCENTES	
			JORGE IBARRA SERRANO	LIDER COORDINADOR DE PROYECTOS	

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			BURGOS HIDALGO ROMAN CARLOS	DOCENTE TUTOR INVESTIGADOR	
			SANTOS MENDOZA ALFONSO	DOCENTE TUTOR INVESTIGADOR	
S U P L E N T E S			HERRERA MARTÍNEZ MARCELINO	DOCENTE TUTOR INVESTIGADOR	
			PÉREZ GUTIERREZ ITZEL	JEFE DE DIVISIÓN AA	

6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

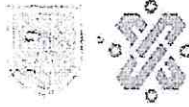
(INVARIABLEMENTE SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS OFICIOS DE REFERENCIA AL PRESENTE FORMATO)

(24) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL:

NÚMERO DE OFICIO: **SECTE/IEMS/DG/DAF/1724/2024** FECHA: **2 0 2 4 1 0 0 7**
A A A A M M D D

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL:

NÚMERO DE OFICIO: **SECTE/IEMS/DG/DAF/1338/2024** FECHA: **2 0 2 4 0 9 2 4**
A A A A M M D D



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO PLANTEL "JOSÉ REVUELTAS SÁNCHEZ"



Ciudad de México, a 11 de octubre de 2024 OFICION° SECTEI/IEMS/DG/PJRS/O-0333/2024 ✓

MTRO. GERARDO ORTÍZ ESTRADA DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO PRESENTE

Por medio del presente, le envío el Formato Único CCST para realizar el registro de la Subcomisión Auxiliar de Seguridad y Salud del plantel "José Revueltas Sánchez" Venustiano Carranza I ante el ISSSTE.

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

ATENTAMENTE

ING. SERGIO GARCÍA SANDOVAL ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DEL PLANTEL



15/OCT 2024



15 OCT 2024



Av. Sada y Ochoa No. 72, Col. del Progreso, Mercedalto, México DF, C.P. 06700, Ciudad de México. 55 5760 7600, 55 5760 7671 y 55 5760 2255 www.inecmedmex.gob.mx

CIUDAD INNOVADORA GOBIERNO CON Y DE DERECHOS AGENTE SOCIAL

CASH

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

(05) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
 E-MAIL: _____

(05) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(03) 4.3. REGISTRO FISCAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLEVO: _____

(01) 4.4. CARGO: _____

4.5. FIRMA ACEPTACIÓN DEL CARGO: _____

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(02) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
PROPIETARIO	GARCIA	SANDOVAL	SERGIO	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN	
	CANO	NIETO	ANA OSIRIS	JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN	
SUSPENSIVO	NICOLAS	EUGENIO	ANGELA	ENLACE DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN	
	SALINAS	VELÁZQUEZ	HAYDEE	ENLACE DE APOYO A ESTUDIANTES Y DOCENTES	

(02) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
PROPIETARIO					
SUSPENSIVO					

6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

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

(04) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO: _____ FECHA: _____
 A A A A A M M D D

(04) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO: _____ FECHA: _____
 A A A A A M M D D

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(07) PERIODO:

A	A	A	A	M	M	D	D		

 A

A	A	A	A	M	M	D	D		

No. (07)	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (08)	UNIDAD DE MEDIDA (09)	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC
			(06)	(06)	(06)	(06)
1	LLEVAR A CABO RECORRIDOS DE VERIFICACIÓN AL CENTRO DE TRABAJO (SÓLO COMISIONES AUXILIARES)	VERIFICACIÓN				
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CURSOS				
3	DIFUSIÓN DE MATERIAL	CARTULAS, FOLLETOS O FOLIOS				
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SALUD EN CENTRAL	CAMPAÑAS				
5	OTRAS (ESPECIFICAR)					

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN:

A	A	A	M	M	D	D	

 (07)

TIPO DE VERIFICACIÓN: ORDINARIA (08) EXTRAORDINARIA (08)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA:

1	2	3

 (04)

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (05)						OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 09)
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (023A)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (023A)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	
1			5			
2			6			
3			7			
4			8			
SUSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) 010						PROPUESTAS REALIZADAS POR LA C.S.S.T. PARA LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, EN EL CENTRO DE TRABAJO
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (023A)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (023A)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DIGITOS)	
1			5			
2			6			
3			7			
4			8			

SUSANADAS (EN EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA HA SIDO CORREGIDA LA INCIDENCIA EN SU TOTALIDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO) (07)

1	2	3	4	5	6	7	8

 (04) SÓLO ANTES DEL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUSANADA.

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: ACCIDENTE DE TRABAJO ENFERMEDAD PROFESIONAL

LA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE CADA UNO DE LOS RIESGOS, DEBERÁN REPORTARSE EN EL FORMATO ENAT-8.

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

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 INSTALACIONES MATERIALES PELIGROSOS EN ÁREAS DE TRABAJO.	17. CANCELERA DE PUERTAS Y VENTANAS EN MALESTADO.
03. EQUIPO CONTRA INCENDIO INEXISTENTE.	18. MEDIDAS DE RIESGO.
04. EQUIPO CONTRA INCENDIO MANTENIMIENTO O CABLEADO MAL MANTENIMIENTO.	19. INSTALACIONES Y TÉCNICAS DE SEGURIDAD O MÁS UTILIZADAS.
05. RIESGO EN MALESTADO.	20. INSTALACIONES FUERA DE RANGOS DE CALIBRE COMPONENTES DE MANTENIMIENTO.
06. RIESGOS EN RESERVUOS O CONEXIONES ENTERRADAS.	21. TRÁNSITO Y ESTACIONAMIENTO EN MANTENIMIENTO DE LÍNEA.
07. ESCALERA SIN PROTECCIÓN ANTIRRIZANTE.	22. MOBILIARIO DE TRABAJO INADECUADO.
08. FALTA DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.	23. FALTA DE MANTENIMIENTO AL EQUIPO DE TRABAJO.
09. NO EXISTIR CAUSAS DE EMERGENCIA.	24. FALTA DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS O CALENTADORES.
10. FALTA DE SEÑALAMIENTO.	25. CONDICIONES INAPROPIADAS DE RUIDO Y VIBRACIONES.
11. SANTIANDOS CALIENTES DE MANTENIMIENTO.	26. MALAS CONDICIONES TÉCNICAS O DE PRESIÓN.
12. CONDUCCIÓN DE VENTILACIÓN INADECUADA.	27. FALTA DE HUMIDIFICACIÓN.
13. FALTA DE MANTENIMIENTO DE LÍNEAS DE TRABAJO.	28. DIVERSAS ESPECIFICAS.
14. MALAS CONDICIONES DE HUMIDIFICACIÓN EN MUROS Y AZOTEAS.	
15. ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN ÁREAS DE TRABAJO.	29. 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.	(4), (5), (6), (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), (25), (26), (27), (28), (29), (30), (40).	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), (24), (25), (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), (24), (25), (26), (27), (28), (29), (30), (40).			X

NOTA: EN LOS CASOS EN QUE SEA NECESARIO REPORTAR DOS O MÁS ASPECTOS EN ESTE FORMATO, ÚNICAMENTE SE DEBERÁ COMPLEMENTAR EL REQUISITO DE LOS PUNTOS CORRESPONDIENTES A DICHA(S) ASPECTO(S).

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- (1) NÚMERO DE CLAVE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ASIGNADA POR EL SENTE.
- (2) ANOTAR NOMBRE DE LA ENTIDAD 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 ENTIDAD O ENTIDAD.
- (5) ANOTAR EL DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO.
- (6) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD O ESTADO Y LA ALCALDÍA O MUNICIPIO 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, NÚMERO TELEFÓNICO Y DÍGITO.
- (9) ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS AL SENTE QUE LABORA EN EL CENTRO DE TRABAJO.
- (10) SEÑALAR EL TIPO DE TRABAJO SEGÚN CORRESPONDA.
- (11) NOMBRE DEL SINDICATO.
- (12) ANOTAR EL DOMICILIO DEL SINDICATO.
- (13) ANOTAR EL NOMBRE DE LA CIUDAD O ESTADO Y CIUDAD DE LA ALCALDÍA O ENTIDAD JUDICATIVA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.
- (14) ANOTAR EL NOMBRE DE LA COLONIA DONDE SE UBICA EL SINDICATO.
- (15) ANOTAR EL NÚMERO DE CÓDIGO POSTAL, NÚMERO TELEFÓNICO Y DÍGITO.
- (16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SUPERVISOR PUEBLO QUE FUNGIA 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 SUPERVISOR LABORAL QUE FUNGIA 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 RESPECTIVO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARÍO TÉCNICO CON HOMOLOGANTE.

- (21) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, IDENTIFICADOS Y SUPLENENTES POR PARTE SINDICAL, CASO O REPRESENTACIÓN Y FIRMA DE CADA UNO.
- (22) ANOTAR EL NÚMERO DE OFICIO CON EL CUAL SE DESIGNAN A LOS REPRESENTANTES SINDICALES QUE PARTICIPAN EN LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y FECHA DEL MISMO (ANEXAR OFICIO AL PRESENTE FORMATO).
- (23) ANOTAR EL NÚMERO DE OFICIO CON EL CUAL SE DESIGNAN A LOS REPRESENTANTES SINDICALES QUE PARTICIPAN EN LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y FECHA DEL MISMO (ANEXAR OFICIO AL PRESENTE FORMATO).
- (24) PERÍODO QUE CORRESPONDE AL CALENDARIO DE ACTIVIDADES.
- (25) NÚMERO DE ACTIVIDAD A DESARROLLAR.
- (26) DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑARÁ LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DURANTE EL AÑO, EL TRIMESTRE CORRIENTE CUANDO LAS ACTIVIDADES BÁSICAS QUE DEBEN DESARROLLAR LAS COMISIONES ALREDEDOR CADA AÑO, LA NO. 5 Y SUCESIVAS CORRESPONDEN A ACTIVIDADES QUE CONSIDERE NECESARIO LLEVAR A CABO CADA COMISIÓN PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO.
- (27) UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD.
- (28) SE DEBERÁ DE MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE DENTRO DEL CUAL SE PROMUEVA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS, DANDO PRIORIDAD A LOS RECORRIDOS DE VERIFICACIÓN.
- (29) ANOTAR AÑO, MES Y DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO LA VERIFICACIÓN.
- (30) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES ORDINARIA.
- (31) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES EXTRAORDINARIA.
- (32) MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.
- (33) INCIDENCIAS DETECTADAS SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LAS OBSERVE POR VIGENCIA VEZ.
- (34) INCIDENCIAS SUSCEPTIBLES SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO A LA LUCIA DEL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN NO ESTÉN CORREGIDAS EN EL CENTRO DE TRABAJO.
- (35) ÚNICAMENTE ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA QUE HA SIDO CORREGIDA EN EL CENTRO DE TRABAJO.
- (36) ANOTAR EL TOTAL DE RIESGOS DE TRABAJO QUE SE PRESENTARON DURANTE EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.
- (37) ANOTAR LA CANTIDAD QUE CORRESPONDE AL TIPO DE RIESGO.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE
MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL IEMS
PLANTEL EMILIANO ZAPATA



2024
Felipe Carrillo
PUERTO

SECRETARÍA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA
DEL D.F.

49236

Ciudad de México a 10 de octubre del 2024

OFICIO N° SECTE/IEMS/DG/PEZ/313/2024 ✓

ASUNTO: Envío Acta de instalación y formato CSST
de la Subcomisión de Seguridad e Higiene

MTRO. GERARDO ORTIZ ESTRADA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE

Por medio del presente, envío a usted formato único de CSST del ISSSTE, así como el Acta de
Instalación de la Subcomisión Mixta de Seguridad e Higiene, en este plantel a mi cargo.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

PSIC. MARIO ISRAEL RAMÍREZ MATA
ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DE
COORDINACIÓN DEL PLANTEL "EMILIANO
ZAPATA"



18 OCT 2024

18 OCT 2024



Cerrada Francisco I. Madero s/n. Barrio La Lupita. Pueblo de Santa Ana
Tlacotepec. Alcaldía Milpa Alta. C.P. 12910 CDMX
Teléfono: 55-5844-5726, 55-5844-5725 y 55-5844-5226
www.iemt.cdmx.gob.mx/

No. Expediente: PEZ-1481-100

CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS

GOBIERNO CON
ACENTO SOCIAL



Acta de Instalación de la Subcomisión Mixta de Seguridad e Higiene

Acta de Instalación de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene del Plantel "Emiliano Zapata", del Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México, En la ciudad de México, a los 25 días del mes de septiembre, con motivo de la instalación de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene 2024, se reúnen en el plantel, ubicado en calle Francisco I. Madero Oriente 154, Barrio la Lupita, Pueblo de Santa Ana Tlacotenco, C.P. 12900, Alcaldía Milpa Alta, Ciudad de México, habiendo quórum legal y estando presentes los integrantes de la Subcomisión Mixta de Seguridad e Higiene: por parte de los trabajadores los CC. Victor Hugo Hernández Castillo, Miguel Ángel Mata Fitz, Paola Cindy Cárdenas Ramírez y Tiber Ramírez Urrutia, integrantes del Sindicato Único de Trabajadores del IEMS, por la parte "Patronal", Mario Israel Ramírez Mata, Encargado del Despacho de la Subdirección de Coordinación del Plantel, Miriam de la Sancha Torres J.U.D. de Apoyo en Procesos y Gestión, Leticia Sánchez Martínez, Líder Coordinador de Proyectos, Denis Anais Mendez Gomez, Axayácatl Barrios Núñez, Médico del plantel, con el objeto de celebrar la instalación de la Subcomisión Mixta de Seguridad e Higiene conforme a la siguiente:

Orden del día:

Primero. - Lista de asistencia y verificación de quórum de la Comisión.
De acuerdo con la lista de asistencia a los integrantes de la Comisión, existe quórum legal para llevar a cabo válidamente la presente sesión.

Segundo. - Firma de aprobación de la instalación de la Subcomisión.

La presente acta se cierra a las 14:00 horas del mismo día de su inicio. Por lo que en ella intervienen firman en cada una de sus hojas al margen y al calce en esta última hoja para constancia y certeza legal.





Firman las partes

Por parte del Sindicato Único de Trabajadores del IEMS

C. Víctor Hugo Hernández Castillo

C. Miguel Ángel Mata Fitz

Integrante Titular del SUTIEMS

Integrante Titular del SUTIEMS

C. Paola Cindy Cárdenas Ramírez

C. Tiber Ramírez Urrutia

Integrante Suplente del SUTIEMS

Integrante Suplente del SUTIEMS

Por la coordinación del plantel

C. Mario Israel Ramírez Mata

C. Miriam de la Sancha Torres

Encargado de despacho

J.U.D de Apoyo en Procesos y Gestión

C. Leticia Sánchez Martínez

C. Denis Anaís Méndez Gómez

Líder Coordinador de Proyectos

J.U.D. de apoyo de estudiantes y docentes



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
PLANTEL EMILIANO ZAPATA



Testigo

C. Axayacatl Barrios Núñez

Médico del Plantel

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

7

1

1

4

1

0

0



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

FORMATO ÚNICO CSST
VERSIÓN 2019

SALUD EN EL TRABAJO

CÓMISIÓN: REGISTRO CENTRAL ESTATAL AUXILIAR

ASPECTO(S) QUE SE REPORTA (N): ACTUALIZACIÓN CALENDARIO VERIFICACIÓN

(1) **CLAVE DE LA COMISIÓN**

4	0	3	0	4	0	8	0	0	1	4	0	2	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

(2) **DEPENDENCIA O ENTIDAD:**
 INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

(3) **CENTRO DE TRABAJO:**
 PLANTEL EMILIANO ZAPATA, MILPA ALTA

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

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

(5) 12. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT. AVENIDA DIVISIÓN DEL NORTE 906

(6) 13. CD. O ESTADO Y ALCALDÍA O MUNICIPIO ALCALDÍA BENITO JUÁREZ

[Handwritten signatures and names]
 Tibor Ramos U...
 Víctor Hugo H...
 el...
 Miguel Ángel Nicolás F...
 Paola C...
 Córdova Ramírez

[Handwritten marks and signatures]

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

(18) 4.1. NOMBRE: **SAMPABLOBLAS JUAN RUBÉN** NOMBRE(S)
 E-MAIL: **suffhampstypa2325@gmail.com**

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE: **S A B J 7 6 0 3 0 B L N O**

(21) 4.4. CARGO: **SECRETARIO DE SALUD, TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL**

(22) 4.5. FIRMA ACEPTACIÓN DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(23) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:

A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
		ORTIZ ESTRADA GERARDO	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	
		CEPEDA CERVANTES ROGELIO	DIRECTOR JURÍDICO DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA	
		PIÑA ARRIETA BARBOSA ERICK GENARO	SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS	
		CASTILLO TIRADO JULIO ANTONIO	SUBDIRECTOR ADMINISTRACIÓN DE CAPITAL HUMANO	

P R O P I E T A R I O S

S U P L E N T E S

Juan Rubén Sampabloblas

Víctor Hugo Huet C.

Miguel Ángel Mula Fdez

Rosa Cindy Córdova Romérez

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUBRE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
PROPIETARIOS				
		HERNÁNDEZ CASTILLO VÍCTOR HUGO	SUBCOMISIÓN TITULAR	<i>[Signature]</i>
		MATA FITZ MIGUEL ÁNGEL	SUBCOMISIÓN TITULAR	<i>[Signature]</i>
		CÁRDENAS RAMÍREZ PAOLA CINDY	SUBCOMISIÓN SUPLENTE	<i>[Signature]</i>
		RAMÍREZ URRUTIA TIBER	SUBCOMISIÓN	<i>[Signature]</i>
SUPLENTE S				

[Signature]
Victor Hugo Hdez. C.

[Signature]

Miguel Ángel Mata Fitz

[Signature]
Paola Cindy Cárdenas Romie

(24) 6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

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

(25) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO:

FECHA:

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO:

FECHA:

[Signature]

[Signature]

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

No. (26)	PERÍODO:																					
	2	0	2	4	0	9	2	5	A	A	A	A	2	0	2	4	1	0	2	3		
	A A A A				M M M D				A				A A A A				M M M 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				
3	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO																	CURSOS				
4	DIFUSIÓN DE MATERIAL																	CARTELES, TRÍPTICOS O FOLLETOS				
5	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SALUD EN GENERAL																	CAMPAÑAS				
	OTRAS (ESPECIFICAR)																					

Tiberto Rumbaut
Victor Hugo Hdez. C.
Miguel Angel Rodriguez
Rosa Cindy Corderas Remie

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN												TRIMESTRE QUE SE REPORTA			
2	0	2	4	0	9	2	5	ORDINARIA	<input checked="" type="checkbox"/>	EXTRAORDINARIA	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
												OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)			

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)	
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4) AÑO (últimos dos dígitos)
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

[Handwritten marks and signatures]

3		7	
4		8	
SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES) (36)			
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	TRIMESTRE CLAVE (1,2,3,4)	AÑO (ULTIMOS DOS DIGITOS)
1			
2			
3			
4			

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

[Handwritten notes and signatures in the risk proposal section]

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

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

SÓLO ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

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

(40) _____ a _____ de 20 _____

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

[Signature]

Tib R. Sánchez V. *[Signature]*

[Signature]

Victor Hugo Huel C. *[Signature]*

[Signature]

Miguel Ángel Muñoz F. *[Signature]*

[Large Signature]

Paola Cindy Córdano Ramírez

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

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 SEÑALAMIENTO.
11	SANITARIOS CARENTES DE MANTENIMIENTO.
12	CONDICIONES DE VENTILACIÓN INADECUADAS.
13	FALTA DE MANTENIMIENTO DE LUMINARIAS.
14	MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACIÓN EN MUROS Y AZOTEA.
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	CANCELERÍA 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	TINAOS 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 TÉCNICAS O DE PRESIÓN.
27	FALTA DE FUMIGACIÓN.
99	DIVERSAS (ESPECIFICAR).
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
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
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
CALENDARIO DE ACTIVIDADES.	(1), (2), (3), (4), (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
ACTA DE VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN AUXILIAR DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	(1), (2), (3), (4), (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.

[Signature]
 Fabra Ramirez

[Signature]
 Victor Hugo Hdez. Castillo

[Signature]
 Miguel Angel Uceto Fitz

[Signature]
 Paola Cindy Ramirez

[Large Handwritten Mark]

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 O ESTADO Y LA ALCALDÍA O MUNICIPIO 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, NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S) Y EXT.(S).
- (9) ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS AL ISSSTE QUE LAORAN 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 O ESTADO Y SIGLAS DE LA ALCALDÍA O 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, NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S) Y EXT.(S).
- (16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNCIÓN 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 FUNCIÓN COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASÍ COMO SU EMAIL.
- (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.

- (23) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PROPIETARIOS DE LA EMPRESA 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 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 VERIFICACION.
- (32) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACION ES ORDINARIA.
- (33) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACION 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 ESTÉN CORREGIDAS EN EL CENTRO DE TRABAJO.
- (37) ÚNICAMENTE ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA QUE HA

T. B. Ramírez Vint...

Victor Hugo Hdez.

Miguel Ángel Kade Fite

Paulo Cindy Corderos Ramirez

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

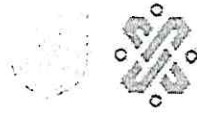
(20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARÍO TÉCNICO CON HOMOCÍCLAVE.

SIDO CORREGIDA EN EL CENTRO DE TRABAJO.
(28) 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.


Tiber Rando Urrutia
p/a
Victor Hugo Heba Castillo
MAG
Miguel Angel Hasto Fritz
Pooka Andy
Góndenas Romé




-Archivos cmth-



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL IEMIS
PLANTEL BERNARDINO DE SAHAGÚN
JUD DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN - PLANTEL BERNARDINO DE SAHAGÚN



Ciudad de México a 05 de octubre del 2024

OFICIO N° SECTEI/IEMIS/DG/PBS/JUDAPG/276/2024

ASUNTO: Formulario de Registro y Funcionamiento Comisiones de Seguridad y Salud en el Trabajo

MTRO. GERARDO ORTIZ ESTRADA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE

Por este medio anexo formulario de Registro y Funcionamiento de Comisiones de Seguridad y Salud en el Trabajo, llenado y firmado correctamente por el personal designado para la Subcomisión en Plantel.

Sin más por el momento, reciba un saludo.

ATENTAMENTE

LIC. ADRIAN LAVALLE ESQUIVEL
JUD DE APOYO EN PROCESOS Y GESTIÓN



04 OCT 2024



04 OCT 2024



Cc: Lic. ERICK GENARO PÉÑA ARRIETA BARBOSA, SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS

Carrera Nueva Xochimilco-Tulyahuac no. 9745, Pueblo Santiago
Tulyahuac, Alcaldía Xochimilco, C.P. 16700, Ciudad de México.
Teléfono: 55 1547-0166 y 55 1547-0167
www.iems.dmx.gob.mx/

No. Expediente: PBS-1268-100

CIUDAD INNOVADORA Y PRODUCTIVA GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

FORMATO ÚNICO CSST
VERSIÓN 2019

REGISTRO Y FUNCIONAMIENTO DE COMISIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

COMISION: CENTRAL ESTATAL AUXILIAR
ASPECTO (S) QUE SE REPORTA (N): REGISTRO ACTUALIZACIÓN CALENDARIO VERIFICACIÓN

(1) CLAVE DE LA COMISIÓN []
(EN CASO DE REGISTRO DE LA COMISION, LA CLAVE SERA PROPORCIONADA POR EL ISSSTE)

(2) DEPENDENCIA O ENTIDAD: INSTITUTO DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MEXICO

(3) CENTRO DE TRABAJO: PLANTEL "BERNARDINO DE SAHAGUN" XOCHIMILCO

(4) RAMO ADMINISTRATIVO: [] [] [] [] [] []
(SOLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

(5) 1.2. UBICACION: CALLE Y No. EXT. E INT. CARRETERA NUEVA XOCHIMILCO - TULYEHUALCO 9745

(6) 1.3. CD. O ESTADO Y ALCALDIA O MUNICIPIO CIUDAD DE MEXICO, XOCHIMILCO

(7) 1.4. COLONIA PUEBLO SANTIAGO TULYEHUALCO

(8) 1.5. CÓDIGO POSTAL 16700 No. TELEFÓNICO(S) 5515470166 5515470167 EXT.(S) 4011 300

(9) 1.6. No. DE TRABAJADORES (SOLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES) 99

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

2. ORGANIZACION SINDICAL

(11) 2.1. NOMBRE DEL SINDICATO O SECCIÓN SINDICATO DE LA UNION DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE EDUCACION
SINDICAL QUE CORRESPONDE AL CENTRO DE TRABAJO. MEDIA SUPERIOR DEL DISTRITO FEDERAL

(12) 2.2. UBICACION: CALLE Y No. EXT. E INT. AV. EMILIANO ZAPATA 47 A-201

(13) 2.3. CD. O ESTADO Y ALCALDIA O MUNICIPIO CIUDAD DE MEXICO, BENITO JUAREZ

(14) 2.4. COLONIA PORTALES

(15) 2.5. CÓDIGO POSTAL 03570 No. TELEFÓNICO(S) EXT.(S)

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

(16) 3.1. NOMBRE APELLIDO PATERNO: ÁNGELES APELLIDO MATERNO: SALICÁN NOMBRE(S): ENRIQUE

[Handwritten signatures and marks on the right side of the form]

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

(18) 4.1. NOMBRE: APELLIDO PATERNO: LAVALLE APELLIDO MATERNO: ESQUIVEL NOMBRE(S): ADRIAN
 E-MAIL: adrian.lavalle@ems.edu.mx

(19) 4.2. SECTOR: OFICIAL SINDICAL

(20) 4.3. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE: M E M M 6 4 0 7 0 7 9 X A

(21) 4.4. CARGO: JUD DE PROCESOS Y GESTIÓN

4.5. FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACION DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

(22) 5.1. REPRESENTACIÓN OFICIAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			ANGELES SALIGAN ENRIQUE	ENCARGADO DE LA SUBDIRECCION DE COORDINACION	
			LAVALLE ESQUIVEL ADRIAN	JUD DE PROCESOS Y GESTIÓN	
S U P L E N T E S			SANCHEZ FAJARDO JUDITH	JUD DE APOYO A ESTUDIANTES Y DOCENTES	
			ALVAREZ SILVA ANTONIO	LÍDER DE PROYECTOS Y GESTIÓN	

(23) 5.2. REPRESENTACIÓN SINDICAL:

	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE(S)	CARGO O REPRESENTACIÓN QUE CUDE DENTRO DEL SINDICATO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S			MENDOZA MUÑOZ MINERVA	JEFE DE OFICINA DE SISTEMAS DE COMPUTO	
			ESPINOSA GARRIDO JOSE ANTONIO	DOCENTE TUTOR E INVESTIGADOR	
S U P L E N T E S			BARRANCO HERNANDEZ SERGIO	DOCENTE TUTOR E INVESTIGADOR	
			MACHORRO MACIAS AIDE ELVIA	DOCENTE TUTOR E INVESTIGADOR	

6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

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

(24) 6.1. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO: FECHA:

(25) 6.2. OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

(26) PERÍODO:

2	0	2	5	0	1	0	1
A	A	A	A	M	M	D	D

 A

2	0	2	5	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				
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CURSOS				
3	DIFUSION DE MATERIAL	CARTELES, TRIPTICOS O EQUIVOTOS				
4	PROMOCION 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

 (31)

TIPO DE VERIFICACIÓN: ORDINARIA (32) EXTRAORDINARIA (33)

TRIMESTRE QUE SE REPORTA:

1	2	3	4

 (34)

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)						OBSERVACIONES (SOLO INCIDENCIA 99)
No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	No. INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)	
1			5			PROPUESTAS REALIZADAS POR LA C.S.S.T., PARA LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, EN EL CENTRO DE TRABAJO:
2			6			
3			7			
4			8			
5						
6						
7						
8						

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			5		
2			6		
3			7		
4			8		
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)

SOLO ANOTAR EL NUMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: ACCIDENTE DE TRABAJO: ENFERMEDAD PROFESIONAL: (38)

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

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin, including a large 'X' and a signature that appears to say 'Espinoza']

CONDICIONES PELIGROSAS Y/O DE RIESGO (INCIDENCIA)

01. INSTALACION DE GAS EN MALAS CONDICIONES.	16. ALMACENAMIENTO DE MATERIAL O EQUIPO CON EXCESO DE PESO EN AREAS DE TRABAJO.
02. ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS EN AREAS 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 ELECTRICAS DEFECTUOSAS O MAL UTILIZADAS.
05. PISOS EN MAL ESTADO.	20. INSTALACIONES HIDRAULICAS O DE DRENAJE CARENTES DE MANTENIMIENTO.
06. ESCALERAS SIN PASAMANOS O CON ESCALONES DETERIORADOS.	21. TORNOS Y SISTEMAS SIN MANTENIMIENTO DE LIMPIEZA.
07. ESCALERAS SIN PROTECCION ANTIDERRAPANTE.	22. MOBILIARIO DE TRABAJO INADECUADO.
08. FALTA DE EQUIPO DE PROTECCION 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 TERMICAS O DE PRESION.
12. CONDICIONES DE VENTILACION INADECUADAS.	27. FALTA DE POMICACION.
13. FALTA DE MANTENIMIENTO DE LUMINARIAS.	99. DIVERSAS (ESPECIFICAR).
14. MALAS CONDICIONES DE IMPERMEABILIZACION EN MUROS Y AZOTEAS.	98. CENTRO DE TRABAJO EN BUENAS CONDICIONES
15. ALMACENAMIENTO DE EQUIPO O MATERIAL EN AREAS DE TRABAJO.	

APLICACION DE APARTADOS DE ESTE FORMATO

ASPECTOS A REPORTAR	PUNTOS A REQUISITAR EN EL FORMATO	COMISIONES		
		CENTRALES	ESTATALES	AUXILIARES
REGISTRO DE LA COMISION 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), (31).	X	X	X
ACTUALIZACION DE LA COMISION 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), (25), (40).	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 VERIFICACION DE LA COMISION 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), (24), (25), (26), (27), (28), (29), (30), (31) y/o (35) y/o (37).			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 COMISION 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 O ESTADO Y LA ALCALDIA O MUNICIPIO 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, NÚMERO(S) TELEFONICO(S) Y EXT.(S).
- (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 O ESTADO Y SIGLAS DE LA ALCALDIA O 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, NÚMERO(S) TELEFONICO(S) Y EXT.(S).
- (16) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNCIÓ COMO PRESIDENTE DE LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- (17) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PRESIDENTE DE LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- (18) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNCIÓ COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASÍ COMO SU E-MAIL.
- (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ESTE.
- (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO CON HOMOCCLAVE.
- (21) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SU FIRMA DE ACEPTACION.
- (22) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROPIETARIOS Y SUPLENTE POR PARTE OFICIAL.

- (23) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISION 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 PARTICIPAN EN LA COMISION 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 PARTICIPAN EN LA COMISION 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) DESCRIPCION DE ACTIVIDADES QUE DESARROLLARÁ LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DURANTE EL AÑO. EL FORMATO CONTIENE CUATRO ACTIVIDADES BÁSICAS QUE DEBERAN DESARROLLAR LAS COMISIONES: AUXILIARES CADA AÑO, LA No. 5 Y SIGUIENTES CORRESPONDERÁ A ACTIVIDADES QUE CONSIDERE NECESARIO LLEVAR A CABO CADA COMISION PARA FORTALECER LA PREVENCION 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 REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS, DANDO PRIORIDAD A LOS RECORDOS DE VERIFICACION.
- (31) ANOTAR AÑO, MES Y DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO LA VERIFICACION.
- (32) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACION ES ORDINARIA.
- (33) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACION ES EXTRAORDINARIA.
- (34) MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.
- (35) INCIDENCIAS DETECTADAS: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO LA COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LAS OBSERVE POR PRIMERA VEZ.
- (36) INCIDENCIAS SUBSISTENTES: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO A LA FECHA DEL RECORDO DE VERIFICACION NO ESTÉN 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.

