

GUÍA DE LLENADO DEL FORMATO ÚNICO CSST



Hoja número 1 anverso

FORMATO ÚNICO CSST REGISTRO Y FUNCIONAMIENTO DE COMISIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
COMISIÓN: CENTRAL ESTATAL AUGILIAR ASPECTO (S) QUE SE REPORTA (N): PEGISTRO ACTUALIZACIÓN CALENDARIO VERIFICACIÓN	Colocar una X
CLAVE DE LA COMISIÓN [IN CASO DEREGISTRO DE LA COMISIÓN, LA CLAVE SERÁ PROPORIZONADA POR EL ESSSTE) (2)	Es la clave que se encuentra señalada en
(9) DEPENDENCIA O ENTIDAD:	el oficio de solicitud, asignado al presidente
(4) CENTRO DE TRABAJO:	
RAMO ADMINISTRATIVO: (SÓLO PARA REGISTRO POR HAMERA VEZ)	
1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO	
(9) 1.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT.	
(7) 1.3. CD. Y ENT. FED.	
(9) 1.4. COLONIA (9) 1.5. CÓDIGO POSTAL No. TELEFÓNICO	Para el llenado de este apartado, serán los mismos datos asentados en el registro
(10) 1.6. No. DE TRABAJADORES (SOLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES ALIGILIARES)	de la comisión.
(11) 1.7. TURNOS DE TRABAJO: DIURNO NOCTURNO MIXTO	
2. ORGANIZACIÓN SINDICAL	
(12) 2.1. NOMBRE DEL SINDICATO O SECCIÓN SINDICAL QUE CORRESPONDE AL CENTRO DE TRABAJO.	
(13) 2.2. UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E INT.	
(14) 2.3. CD. Y ENT. FED.	
(19 2.4. COLONIA	
(19) 2.5. CÓDIGO POSTAL No. TELEFÓNICO	
3. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE	
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (17) 3.1. NOMBRE	
(18) 3.2 CARGO	
HOJA 1 DE	



GUÍA DE LLENADO DEL FORMATO ÚNICO CSST



Hoja número 1 reverso

4. SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO							
	APELL	IDO	PATERNO	MATERNO	NOMBRE		
4.	.1. NOMBRE: (19)						
	0 CECTOD:	OF	CIAL	CINIDICAL			
4.	.2. SECTOR: (20)	OFI	CIAL	SINDICAL			
4.	.3. REGISTRO FE	DERAL DE CONT	RIBUYENTES (RFC)		(21)		
4.	4. ACEPTACION	DEL CARGO:	(FIRM	MA)			
		E INTECDAC					
		5. IN I EGRAC	JON DE LAS REP	RESENTACIONES (VOCALES)			
5.1. REP	PRESENTACIÓN C	OFICIAL: (22)					
	APELLIDO	PATERNO	MATERNO NOM	B PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA		
	i			The berendended entitles			
P R							
O P							
1	<u> </u>			J [
E T							
A R	L			1			
0							
S	L						
s]		
U							
P L							
E N							
T							
E S				7			
PROPIETARIOS SUPLENT							
E S							
			6. DOCUMEN	ITACIÓN ANEXA			
	(INVARIABL	EMENTE SE DEE		S OFICIOS DE REFERENCIA AL PRESENTE FOR	MATO)		
i.1. OFIC	CIO DE DESIGNA	CIÓN DE REPRES	SENTACIÓN OFICIAL	(24)	1		
5110	DE DEGIGIAN	DE INEI INEK		V-7/			
NÚMERO	O DE OFICIO:			FECHA: A A A M M	D D		
6.2. OFIC	CIO DE DESIGNA	CIÓN DE REPRES	SENTACIÓN SINDICAL	(25)			
NÚMERO	O DE OFICIO:			FECHA:	D D		

Para el llenado de este apartado, serán los mismos datos asentados en el registro de la comisión.

Deberán firmar los mismos trabajadores



GUÍA DE LLENADO DEL FORMATO ÚNICO CSST



Hoja número 2 anverso

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES								L	А	notar las fechas que
7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES							П		orresponden al cuarto	
PE	RIODO: (26)			Α						imestre (2013-10-01)
No. (27)	DESCRIPCIÓN DE A	CTIVIDADES (28)	UNIDAD DE	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC		(2	2013-12-31)
1	LLEVAR A CABO RECORRIDO	S DE VERIFICACIÓN AL	MEDIDA (29) VERIFICACIÓN	(30)	(30)	(30)	(30)			
2	CENTRO DE TRABAJO (SOLO O CAPACITACIÓN EN MATERIA	DE SEGURIDAD,	CURSOS							
3	HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE DIFUSIÓN DE MATERIAL	EN EL TRABAJO	CARTELES,							
	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADE		TRÍPTICOS O FOLLETOS							
4	PROMOCIÓN DE ACTIVIDADE SALUD	S DE SEGURIDAD Y	CAMPAÑAS							
5	OTRAS (ESPECIFICAR)									En fecha de verificación
										anotar la fecha en que realiza
		0. 4074.05	VEDIEIGAGIÓ	N.						la verificación teniendo como fecha límite 20 de enero de
FE	CHA DE LA VERIFICACIÓN		VERIFICACIÓ VERIFICACIÓN	N	TRIME	STRE QUE S	E REPORTA			2014.
A	A A A M M D D	(31) ORDINARIA (32)	EXTRAORDI (33)	NARIA	(34)		3 4		\rightarrow	Tipo de verificación,
		(POR PRIMERA VEZ) (35		OE	BSERVACION	IES (SÓLO IN	CIDENCIA 99)			ordinaria.
No. IN	ICIDENCIA TRIMESTRE AÑO CLAVE (1,2,3,4) (ÚLTIMOS I DÍGITOS	oos CLAVE	RIMESTRE AÑO (1,2,3,4) (ÚLTIMOS DÍGITO							
1		5]						Llenar con forme al catálogo
2		6		JL						que se encuentra en hojo número 2 reverso.
3		7		C.8	S.S.T., PARA		AS POR LA CIÓN DE LOS I EL CENTRO		\rightarrow	Ejemplo:
		,		_		E TRABAJO:	I EL CENTRO			Incidencia clave: (15) Trimestre: (3)
4 L		8								Año: (13)
NI: B	SUBSISTENTES (PERSISTER									
	ICIDENCIA TRIMESTRE AÑO CLAVE (1,2,3,4) (ÚLTIMOS I DÍGITOS	oos CLAVE	RIMESTRE AÑO (1,2,3,4) (ÚLTIMOS DÍGITO							
1		5]						
2		6								
3		7]						
, г				=						
* L		8								
	ANADAS (EN EL TRIMESTRE Q AJO) (37)	UE SE REPORTA HA SIDO	CORREGIDA LA I	NCIDENCIA I	EN SU TOTA	LIDAD EN EL	CENTRO DE			
	1 2 3	SÓLO ANOTAR EL NÚMERO DE	CLAVE DE LA INCIDEN	CIA SUBSANAD	DA 7	8				
	(38)	(39)	. ——		(39)					
No. DE	E RIESGOS DE TRABAJO:	ACCIDENTE DE TRA MPLETA DE CADA UNO DE LOS F			RMEDAD PRO					
										Fecha en que se
			a	de		de 20)		\rightarrow	terminó de realizar la verificación.
m	DU00101/20 25 : : :	0.41 0000000	(40)							
INST	RUCCIONES DE LLENAI	O AL REVERSO				HOJA	2 DE 2			