



**CENTRO DE ESTUDIOS DE BACHILLERATO TÉCNICO
"EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS"**

Nombre del Medio de Verificación:

Minuta del primer recorrido de verificación de seguridad e higiene.

Clave y nombre de la Dependencia:	1303- Centro de Estudios de Bachillerato Técnico "Eva Sámano de López Mateos"
Programa Presupuestario:	M001- Administración Responsable de los Recursos
Resumen narrativo del nivel reportado:	F.P.G02.A03. Gestión de las actividades atendidas en materia de Seguridad, Higiene y Bienestar de las personas servidoras públicas del Organismo.
Indicador:	3- Porcentaje de Avance Trimestral en la gestión de Trámites realizados ante el ISSSTE sobre posibles riesgos de trabajo.
Método de Cálculo:	(Número de Sesiones del Comité de Seguridad, Higiene y Bienestar de las Personas Servidoras Públicas del Organismo. /Número de Sesiones Calendarizadas del Comité de Seguridad, Higiene y Bienestar de las Personas Servidoras Públicas del Organismo) x 100.
Trimestre reportado:	Primer Trimestre 2024
Liga de Publicación del Medio de Verificación:	https://evasamano.edu.mx/SIPPRES
Unidad Responsable del Indicador:	1303-3305 - Despacho de la Dirección Administrativa

Datos de las Variables reportadas:

Numerador: Número de Sesiones del Comité de Seguridad, Higiene y Bienestar de las Personas Servidoras Públicas del Organismo.

Denominador: Número de Sesiones Calendarizadas del Comité de Seguridad, Higiene y Bienestar de las Personas Servidoras Públicas del Organismo.

Descripción de los resultados: Para este indicador en el primer trimestre, se programó una meta del 100%. Se obtuvo un resultado del 100%, ya que se llevó a cabo 1 sesión del Comité de Seguridad, Higiene y Bienestar de las Personas Servidoras Públicas del Organismo.

Tipo de Evidencia: Minuta de verificación de seguridad e higiene

Se anexa 1 Minuta de verificación de seguridad e higiene.


LIC. FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ ROSAS
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

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

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

CLAVE DE LA COMISIÓN

2 3 2 3 9 6 0 0 1 9 3 9 2 0 1 8

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

DEPENDENCIA O ENTIDAD:

CENTRO DE ESTUDIOS DE BACHILLERATO TÉCNICO EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS

CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCIÓN GENERAL

RAMO ADMINISTRATIVO:

2 3 9 6 0

(SÓLO PARA REGISTRO POR PRIMERA VEZ)

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

UBICACIÓN: CALLE Y No. EXT. E
INT.

Avenida Othon P. Blanco

154

CD. O ESTADO Y ALCALDÍA O
MUNICIPIO

Chetumal, Quintana Roo

COLONIA

Plutarco Elias Calles

CÓDIGO POSTAL

7 7 0 9 0

No.
TELÉFONICO(S)

9 8 3 8 3 2 0 4 1 8

EXT.(S)

No. DE TRABAJADORES

(SÓLO PARA SER REQUISITADO POR LAS COMISIONES AUXILIARES)

36

TURNOS DE TRABAJO: DIURNO

☒

NOCTURNO

☐

MIXTO

☐

2. ORGANIZACIÓN SINDICAL

NOMBRE DEL
SINDICATO O SECCIÓN
SINDICAL QUE
CORRESPONDE AL
CENTRO DE TRABAJO.

Sindicato Nacional de trabajadores de la Educación, Sección 25, Delegación D-II-6

UBICACIÓN: CALLE Y
No. EXT. E INT.

Av. Insurgentes con Corozal

179

CD. O ESTADO Y
ALCALDÍA O MUNICIPIO

Chetumal, Quintana Roo

COLONIA

Magisterial

CÓDIGO POSTAL

7 7 0 0 0

No.
TELÉFONICO(S)

9 8 3 8 3 3 1 7 7 7

EXT.(S)

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

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

NOMBRE

Hernández Rosas Francisco Javier

CARGO

Director Administrativo

NOMBRE:
E-MAIL:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

Palma Poot Angela Ashanty

angela.palma@evitasamano.edu.mx

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE:

P A P A 9 1 0 3 2 5

CARGO:

JEFA DE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

FIRMA ACEPTACION DEL CARGO:

5. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES (VOCALES)

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 S T A R I O	VALDEZ GONZALEZ LUIS FELIPE DE SAN MARTIN DE PORRES	JEFE DE DEPTO. DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO	
S U P L E N T E S	VALLEJOS LOERA JORGE ORLANDO	JEFE DEPTO. RECURSOS MATERIALES Y SERV. GENERALES	

REPRESENTACIÓN SINDICAL:

A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE(S)

CARGO O REPRESENTACIÓN QUE
CUBRE DENTRO DEL SINDICATO

FIRMA

P R O P I E S T A R I O			
S U P L E N T E S			

6. DOCUMENTACIÓN ANEXA

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

OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN OFICIAL

NÚMERO DE OFICIO:

FECHA:

OFICIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN SINDICAL

NÚMERO DE OFICIO:

FECHA:

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

PERÍODO:

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

A

2	0	2	4	0	3	3	1
A	A	A	A	M	M	D	D

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC
1	LLEVAR A CABO RECORRIDOS DE VERIFICACIÓN AL CENTRO DE TRABAJO (SOLO COMISIONES AUXILIARES)	VERIFICACIÓN	X			
2	CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CURSOS				
3	DIFUSION DE MATERIAL	CARTELES, TRIPTICOS O				
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	3	1	4
A	A	A	A	M	M	D	D

TIPO DE VERIFICACIÓN

ORDINARIA ☒ EXTRAORDINARIA ☐

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

X			
1	2	3	4

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ)

No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
1	9 9	3	2 3
2	0 7	3	2 3
3			
4			

No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
5			
6			
7			
8			

OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)

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

SUBSISTENTES (PERSISTEN DE VERIFICACIONES ANTERIORES)

No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
1	9 9	3	2 0
2			
3			
4			

No.	INCIDENCIA CLAVE	TRIMESTRE (1,2,3,4)	AÑO (ÚLTIMOS DOS DÍGITOS)
5			
6			
7			
8			

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

SÓLO ANOTAR EL NÚMERO DE CLAVE DE LA INCIDENCIA SUBSANADA

1	0 7	2		3		4		5		6		7		8	
---	-----	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

No. DE RIESGOS DE TRABAJO: 3

ACCIDENTE DE TRABAJO

0	0
---	---

ENFERMEDAD PROFESIONAL

0	0
---	---

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

CHETUMAL, QUINTANA ROO

a 20

de

MARZO

de

20 24

01 INSTALACIÓN DE GAS EN MALAS CONDICIONES.	16 ALMACENAMIENTO DE MATERIAL O EQUIPO CON EXCESO DE PESO EN ÁREAS DE
02 ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS EN	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	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), (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) 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 FUNGIRÁ COMO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- (17) ANOTAR EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- (18) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGIRÁ COMO SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASÍ COMO SU E-MAIL.
- (19) SEÑALAR EL SECTOR AL QUE PERTENECE ÉSTE.
- (20) ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SECRETARIO TÉCNICO CON HOMOCLOVE.
- (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 POR PARTE OFICIAL, PUESTO O CARGO Y FIRMA DE CADA UNO.

- (23) ANOTAR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PROPIETARIOS Y SUPLENTE POR PARTE SINDICAL, CARGO O REPRESENTACIÓN Y FIRMA DE CADA UNO.
- (24) ANOTAR EL NÚMERO DE OFICIO CON EL CUAL SE DESIGNAN A LOS REPRESENTANTES OFICIALES QUE PARTICIPARÁN EN LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y FECHA DEL MISMO (ADJUNTAR OFICIO AL PRESENTE FORMATO).
- (25) ANOTAR EL NÚMERO DE OFICIO CON EL CUAL SE DESIGNAN A LOS REPRESENTANTES SINDICALES QUE PARTICIPARÁN EN LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y FECHA DEL MISMO (ADJUNTAR OFICIO AL PRESENTE FORMATO).
- (26) PERIODO QUE COMPRENDE EL CALENDARIO DE ACTIVIDADES.
- (27) NÚMERO DE ACTIVIDAD A DESARROLLAR.
- (28) DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES QUE DESARROLLARÁ LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DURANTE EL AÑO. EL FORMATO CONTIENE CUATRO ACTIVIDADES BÁSICAS QUE DEBERÁN DESARROLLAR LAS COMISIONES AUXILIARES CADA AÑO, LA No. 5 Y SIGUIENTES CORRESPONDERÁ A ACTIVIDADES QUE CONSIDERE NECESARIO LLEVAR A CABO CADA COMISIÓN PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO.
- (29) UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD.
- (30) SE DEBERÁ DE MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE DENTRO DEL CUAL SE PROGRAME LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS, DANDO PRIORIDAD A LOS RECORRIDOS DE VERIFICACIÓN.
- (31) ANOTAR AÑO, MES Y DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO LA VERIFICACIÓN.
- (32) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES ORDINARIA.
- (33) MARCAR CON UNA "X" SI LA VERIFICACIÓN ES EXTRAORDINARIA.
- (34) MARCAR CON UNA "X" EL TRIMESTRE QUE SE REPORTA.
- (35) INCIDENCIAS DETECTADAS: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LAS OBSERVE POR PRIMERA VEZ.
- (36) INCIDENCIAS SUBSISTENTES: SE DEBERÁN REPORTAR CUANDO A LA FECHA DEL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN NO 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.

**MINUTA DEL PRIMER RECORRIDO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL AÑO 2024 DEL
EDIFICIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL.**

EN LA CIUDAD DE CHETUMAL QUINTANA ROO, SIENDO LAS 13:30 HRS. DEL DÍA 14 DEL MES DE MARZO DE 2024, NOS ENCONTRAMOS REUNIDOS LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR EL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN EN LA ENTRADA PRINCIPAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE BACHILLERATO TÉCNICO "EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS."

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL

TOTAL DE TRABAJADORES: TOTAL DE 39, DISTRIBUIDO POR 19 HOMBRES, 20 MUJERES

TURNOS DE TRABAJO: MIXTO

TIPO DE VERIFICACIÓN: ORDINARIA

PERIODO: TRIMESTRAL

ALCANCE: TODAS LAS ÁREAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL

DOMICILIO: AV. OTHÓN P. BLANCO, #154, COL. PLUTARCO ELÍAS CALLES, C.P. 77090, CHETUMAL, Q. ROO.

**DERIVADO DE LA REVISIÓN FÍSICA Y RECORRIDO DE TODO EL INMUEBLE DE LA DIRECCIÓN GENERAL SE
DETECTARON LAS SIGUIENTES INCIDENCIAS:**

INCIDENCIAS NUEVAS

~~(SI)~~ (NO)

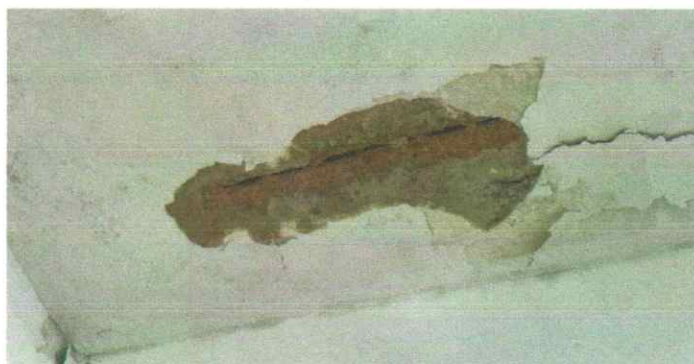
INCIDENCIA	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA	DESCRIPCIÓN
99-DIVERSAS (FALTA DE MANTENIMIENTO A PAREDES Y TECHO	RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS	GRIETAS PROFUNDAS EN AMBAS COLUMNAS DE LA ENTRADA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS.
07-ESCALERAS SIN PROTECCIÓN ANTIDERRAPANTE	ENTRADA PRINCIPAL DEL EDIFICIO	ROTURA Y DESPRENDIMIENTO DE LA GOMA ANTIDERRAPANTE DE LAS ESCALERAS DE LA ENTRADA DEL EDIFICIO.
99-DIVERSAS (FALTA DE MANTENIMIENTO A PAREDES Y TECHO	RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	GRIETAS PROFUNDAS Y DESPRENDIMIENTO EN TECHO DE LA OFICINA Y EN LA ENTRADA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
99-DIVERSAS (FALTA DE MANTENIMIENTO A PAREDES Y TECHO	ENTRADA PRINCIPAL DEL EDIFICIO	GRIETA PROFUNDA Y DESPRENDIMIENTO EN TECHO DE LA ENTRADA PRINCIPAL DEL EDIFICIO DEJANDO A LA VISTA LAS VIGAS.

**EVIDENCIAS DEL DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS:**



[Handwritten signature]

EVIDENCIAS DE LA ENTRADA PRINCIPAL DEL EDIFICIO:



EVIDENCIAS DEL INTERIOR DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES:

[Handwritten signature in blue ink]



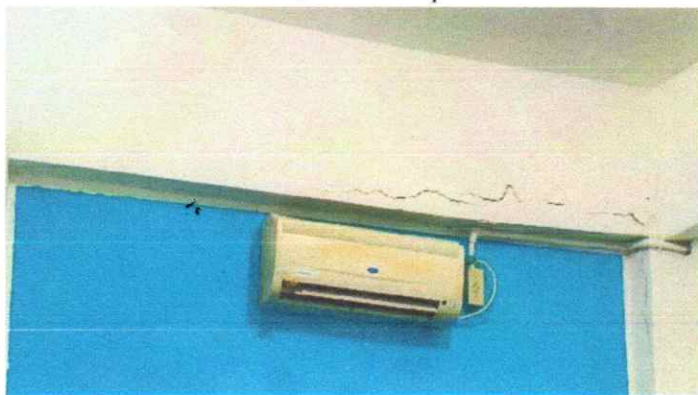
INCIDENCIAS SUBSISTENTES

(SI)

(NO)

INCIDENCIA PERSISTENTE	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA	DESCRIPCIÓN
99-DIVERSAS (FALTA DE MANTENIMIENTO A PAREDES Y TECHO)	PLANEACIÓN	GRIETAS EN LA PARED SUPERIOR DE LAS 2 ÁREAS DE LA DIRECCIÓN, COLUMNA Y TECHO AGRIETADOS.
99-DIVERSAS (FALTA DE MANTENIMIENTO A PAREDES Y TECHO)	RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	GRIETAS EN LA COLUMNA, SUPERIORES A 3

EVIDENCIAS DE DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN:



EVIDENCIAS DEL INTERIOR DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES:



INCIDENCIAS SUBSANADAS (SI) ~~(NO)~~

INCIDENCIA SUBSANADA	ÁREA DONDE SE ENCONTRABA	DESCRIPCIÓN
-	-	-

EN EL TRIMESTRE NO **HUBO INCIDENCIAS SOLVENTADAS**, LAS INCIDENCIAS SUBSISTENTES EL PROCEDIMIENTO DE SOLVENTACIÓN ESTÁ EN PROCESO POR PARTE DEL ÁREA COMPETENTE.

SIENDO LAS 15:00 HRS. DEL MISMO DÍA QUE INICIA, SE DA POR CONCLUIDA LA PRESENTE MINUTA FIRMANDO AL CALCE QUIENES PARTICIPARON EN EL PRIMER RECORRIDO DE VERIFICACIÓN DEL AÑO 2024, DE SEGURIDAD E HIGIENE.

LIC. FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ ROSAS
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
PRESIDENTE DEL CSyST

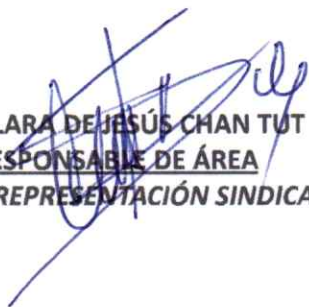
LIC. ÁNGELA ASHANTY PALMA POOT
JEFA DEPTO. DE REC. HUMANOS Y
FINANCIEROS
SECRETARIO TÉCNICO DEL CSyST



C. LUIS FELIPE VALDEZ GONZÁLEZ
JEFE DE DEPTO. DE PROGRAMACIÓN Y
PRESUPUESTO
VOCAL REPRESENTACIÓN OFICIAL



CP. JORGE ORLANDO VALLÉJOS LOERA
JEFE DE DEPTO. DE RECURSOS MATERIALES Y
SERVICIOS GENERALES
VOCAL REPRESENTACIÓN OFICIAL



LIC. CLARA DE JESÚS CHAN TUT
RESPONSABLE DE ÁREA
VOCAL REPRESENTACIÓN SINDICAL