



SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

INFORME DE COMISION

LIC. ROMAN GALAN TREVIÑO
ENC. DE LA DELEG. FEDERAL EN EL ESTADO DE DURANGO

NUMERO:

FECHA:

19-dic-19

LOCALIDAD : SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.

PERIODO:

18 DE DIC. DE 2019

SINTESIS:

PROCEDIMOS A TRASLADARNOS AL CENTRO REGIONAL DE ESE LUGAR CON LA FINALIDAD DE LLEVAR A CABO EL RECORRIDO DE VERIFICACION EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SE ANEXA COPIA DEL ACTA) ,PROCEDIENDOSE AL TRASLADO A LA CIUDAD DE DURANGO. SIN CONTRATIEMPO ALGUNO.

ATENTAMENTE

T.U.M. HECTOR VAZQUEZ QUINONES
TECNICO ESPECIALIZADO

SEMARNAT
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

C.L.C. No. 530
PAGADO

Declaro, bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este informe son veridicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarian en caso contrario.

7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

PERIODO: (26)

2	0	1	9	1	0	1
A	A	A	A	M	M	D

A

2	0	1	9	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	VERIFICACIÓN	X	X	X	X
2	VERIFICACION DE FUMIGACIONES EFECTUADAS	VERIFICACIÓN	X		X	
3	REVISION DE BOTIQUINES (MATERIAL DE CURACION)	VERIFICACION	X	X	X	X
4	REVISION DE CARGAS DE EXTINTORES	VERIFICACION	X		X	
5	INFORME D E LAS OBSERVACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORAS	INFORME	X	X	X	X
6	ELABORACION Y FIRMA DE ACTA DE LA COMISION REALIZADA	VERIFICACION	X	X	X	X
7	VERIFICACION DE OBSERVACIONES SUBSANADAS	VERIFICACION	X	X	X	X
8	ENTREGA DE ACTAS AL ISSSTE	INFORMACION	X	X	X	X

8. ACTA DE VERIFICACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN

TIPO DE VERIFICACIÓN

TRIMESTRE QUE SE REPORTA

2	0	1	9	1	2	1	8
A	A	A	A	M	M	D	D

(31)

ORDINARIA

☒

(32)

EXTRAORDINARIA

☐

(33)

(34)

☐

1

☐

2

☐

3

☒

4

DETECTADAS (POR PRIMERA VEZ) (35)

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

OBSERVACIONES (SÓLO INCIDENCIA 99)

- Se ha solicitado con anterior la instalacion de un mingitorio ,
- Se requiere servicio de limpieza para la Unidad.

* falta vidrio en puerta en el cis
!

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 7	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)

SANTIAGO PAPASQUIARO DGO.

a

18

de

DICIEMBRE

de

20

9

INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

(40)

SEMARNAT
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES
HOJA 2 DE 2

C.L.C. No. 530
PAGADO