CALENDARIO ANUAL DE VERIFICACIONES Y CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES** |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA:** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOMICILIO:** |  |  |  |  |  |  |
|  | **CALLE** | **NUMERO** | **CRUZAMIENTO** |  | **COLONIA** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MUNICIPIO** | **LOCALIDAD** | **ENT. FED** | **CÓDIGO POSTAL** |  **TEL** |  **FAX** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NUM DE TRABAJADORES** | **REG:PAT:IMSS** | **CLASE** | **FRACC** | **GDO:RGO** | **RFC** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **ENE** | **FEB** | **MAR** | **ABR** | **MAY** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SEP** | **OCT** | **NOV** | **DIC** |
| **A.- FECHA DE VERIFICACION DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL CENTRO DE TRABAJO.** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **B.- FECHA DE ENTREGA DEL ACTA Y RECOMENDACIONES AL PATRON (NO MAS DE 5 DIAS DE LA CONCLUCIÓN DE LA VERIFICACION)** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **C.- CALENDARIZACION DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION CON EL TEMA PRINCIPAL DE PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO CON ENFOQUE AL PUESTO DE TRABAJO ESPECÍFICO.** |
| **C-1** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **C-2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C-3** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **D.- CALENDARIZACION DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION PARA LOS INTEGRANTES DE LAS COMISION DE SEGURIDAD E HIGIENE, CON ENFOQUE EN EL CONOCIMIENTO INTEGRAL DE LOS RIESGOS EXISTENTES EN LOS PROCESOS DE LA EMPRESA.** |  |
| **D-1** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **D-2** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **D-3** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **E.- CALENDARIZACION DE LA CAPACITACION PARA EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE Y LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD EN EL TRABAJO. EL ENFOQUE SERA EL PERFECCIONAMIENTO DE SUS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA LA PREVENCION DE RIESGOS DE TRABAJO Y PARA IMPARTIR CAPACITACION AL PERSONAL EN ESTAS. (organización de Brigadas)** |  |
| **E-1** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **E-2** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **E-3** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **F.- PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE ORIENTACION Y CONCIENTIZACION PARA IMPULSAR ACCIONES A FAVOR DEL EQUILIBRIO ECOLOGICO Y LA PROTECCION AL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO.** |
| **F-1** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **F-2** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **F-3** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DIAGRAMA DEL PROCESO DEL TRABAJO** |
| **Área o depto.** | **Maquinaria, equipo y herramienta** | **A** | **E** | **D** | **EPP** |
| I.  |   |   |   |   |   |
| II.  |   |   |   |   |   |
| III. |   |   |   |   |   |
| IV. |   |   |   |   |   |
| V.  |   |   |   |   |   |
| **LOS OCURRIDOS DURANTE LOS TRES AÑOS ANTERIORES** |
| **A: ACCIDENTE**  | **E: ENFERMEDAD**  | **D: DEFUNCION**  | **EPP: Equipo de protección personal** |
| **OBSERVACIONES:** |   |   |   |   |   |    |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LA COMISION DE SEGURIDAD E HIGIENE** |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES** |  | **REPRESENTANTES DE LA EMPRESA** |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Secretario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **Coordinador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Vocal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Vocal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Vocal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Vocal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |