En , siendo las , del día , se reunieron los integrantes de la Comisión de Seguridad e Higiene en el interior de las instalaciones de la empresa OPERADORA Y ADMINISTRADORA SW S.A. DE C.V. con Registro Federal de Contribuyentes OAS050406RT6 y Registro Patronal , cuya actividad consiste en y cuenta con una plantilla de trabajadores, con domicilio en AV. VASCO DE QUIROGA NO. 3880 NIVEL 2 SANTA FE, CUAJIMALPA Y a efecto de realizar el recorrido de verificación, conforme a lo dispuesto en los artículos 509, 510 y 540 de la Ley Federal del Trabajo; Artículo 45, I, II, III, IV, V, VI,VII,VII, IX, X del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, la NOM-19-STPS-2011.

**PUNTOS POR REVISAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **PUNTOS POR REVISAR** | | | | **ÁREA** | | | **PUNTOS DE LAS NOM'S** | | | | |
| 1 | xxxxxx | | | | xxxxxx | | | xxx | | | | |
| 2 | xxxxxx | | | | xx | | | nnn | | | | |

Cumpliendo con lo establecido en el reglamento de seguridad y salud en el trabajo, se realizó una inspección ocular dentro del centro de trabajo, para identificar la estructura del inmueble y realizar las recomendaciones pertinentes para reparar corregir estos puntos.

En la siguiente tabla se muestran los detalles del recorrido realizado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **EVIDENCIA** | | | | | **CONDICIONES INSEGURAS DETECTADAS** | | | **ÁREA** | | **RECOMENDADACIONES PARA PREVENIR LAS CONDICIONES INSEGURAS DETECTADAS** | | | | | | **NOMBRE DEL RESPONSABLE** | | | **FECHA DE AVISO COMPROMISO** | | **FECHA DE FINALIZACIÓN** | |
|  |  | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |

Sin reportes

**REPORTE DE ACCIDENTES, INCIDENTES O ENFERMEDADES DE TRABAJO.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de incapacidad** | | **NO.** | **ÁREA** | | **FECHA Y HORA** | | | **ACTO INSEGURO** | | | **CONDICIÓN PELIGROSA** | | |
| **Accidentes** | | **1** | **ddd** | | **marte** | | |  | | |  | | |

No existiendo otro asunto que tratar, se dio por terminada la presente, siendo las horas del día del presente año, Firmando de conformidad al calce y margen los que en ella intervinieron.

Firmas Autógrafas.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Representante del Patrón (Coordinadora)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Representante de los trabajadores (Secretario)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Representante del Patrón (Vocal)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Representante de los trabajadores (Vocal)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Representante del Patrón (Vocal)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Representante de los trabajadores (Vocal)** |