

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES



El
gigante
de México



UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA
DE AGUASCALIENTES

Aguascalientes, Ags., a 9 de Octubre de 2025

Oficio No. UTA-SGE/0093-2025

Asunto: Solicitud de apoyo para Seguridad e Higiene

Sección: Dirección de Administración y Finanzas



Lic. Lourdes Nashyeli Martínez Luévano
Directora de Administración y Finanzas
Presente.

Por medio de la presente, reciba un cordial saludo. Aprovecho para solicitar de su apoyo y del departamento de Departamento de Mantenimiento a Infraestructura para que en conjunto con el área de seguridad e higiene se lleven a cabo las bitácoras de mantenimiento que nos marca el ISSSSPEA (Seguridad y Servicios sociales para los servidores Públicos del estado de Aguascalientes).

Entiendo que por cuestiones de presupuesto y los procesos del mencionado departamento no será posible llevarlos a cabo de manera inmediata, por tal motivo quedo a disposiciones de los tiempos que nos marque el departamento.

Anexo los cronogramas de trabajo que se estarán manejando de manera conjunta.

Sin otro particular, quedo a su disposición para cualquier duda o aclaración que considere pertinente.

Atentamente

Lic. Raúl López Pérez
Jefe de Servicios Generales

C.c.p. Ing. Juan Carlos Jiménez – Jefe de Departamento de Mantenimiento e Instalaciones
C.c.p. Archivo.
JALVC/rjp



449 910 50 00

www.utags.edu.mx

Bld. Juan Pablo II #1302
Fracc. Ex Hacienda la Cantera, C.P. 20200



NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____

No. DE REGISTRO DE LA COMISIÓN: _____

NO. DE ACTIVIDAD	BITÁCORA DE CONTROL Y MANTENIMIENTO INSTALACIONES ELÉCTRICAS (DETALLE)	2025
------------------	---	------

9	Requerimientos: - Realizar Peritaje a toda la instalación por un especialista en cada 3 años. Revisión externa de la instalación cada 2 meses. (contactos, sobrecargas, flamaos, apagado, Etc.) coincide con la programado de los recorridos de verificación.
---	--

	PROGRAMACIÓN ANUAL											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Programación Peritaje Real		X										
*Programado revisión	X		X		X				X		X	
Real												
Quien lo Realizó												
Tipo de Mtto.												
Evidencia												

Observaciones:

Coordinador: _____

Nombre y firma

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con una (X) en el renglón de " programación Peritaje " el mes en que tentativamente será realizado el peritaje.
Las " X " calendarizadas cada 2 meses representan las fechas en que se realizará una inspección ocular de la instalación eléctrica visible para asegurar que no hay problema alguno. Tales como: (sobrecargas, flamaos, contactos sin tapa, tapas suelta, etc.)
- 2.- En los renglones de " Real " marcar la fecha exacta del mes en que realmente se realizó el peritaje.
- 3.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 4.- En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió en ambos casos (Factura, Nota, Reporte, Etc. Con nombre y firma) y anexar copia de esta para la entrega al ISSSSPEA en las fechas solicitadas en el Plan.
- 5.- En el renglón de " Tipo de Mtto. " anotar el tipo de Acción, SI FUE PERITAJE (P), SI FUE OTRO ANOTAR CUAL.
- 6.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el año anotar en Observaciones cual fue el motivo.
- 7.- Si realizó el peritaje en 2019, anote en el cuerpo del formato " Realizado en 2019 "

*Las fechas * programadas por el ISSSSPEA. No deben ser modificadas.

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
 No. DE REGISTRO DE LA COMISIÓN: _____

NO. DE ACTIVIDAD	BITÁCORA DE CONTROL Y MANTENIMIENTO TINACOS Y CISTERNAS (DETALLE)	2025
------------------	--	-------------

9	Requerimiento: Mantenimiento a tinacos y cisternas. Lavado y tratado del agua por lo menos 1 vez al año.
----------	---

PROGRAMACIÓN ANUAL												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Programación Real												
Nombre del Proveedor que realizó												
Tipo de Mitto. Realizado												
Químicos utilizados.												
Evidencia												

Observaciones:

Coordinador: _____
 Nombre y firma

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con una (X) en el renglón de " programación " el mes en que tentativamente será realizado el mantenimiento.
- 2.- En el renglón de " Real " anotar la fecha exacta en que realmente se realizó el mantenimiento.
- 3.- En los siguientes renglones anotar los datos de quién realizó el mantenimiento ya sea empresa o persona.
- 4.- Anotar el tipo de mantenimiento realizado. (si se requiere utilizar el espacio de las Observaciones)
- 5.- En el renglón de " Químicos " anotar el tipo sustancias utilizadas y cantidades.
- 6.- En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia se consiguió en ambos casos. (Factura, Nota, Reporte, Etc. Con nombre y firma) y anexar copia de esta para la entrega al ISSSSPEA en las fechas solicitadas en el Plan.
- 7.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el año anotar en Observaciones cual fue el motivo.



NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
No. DE REGISTRO DE LA COMISIÓN: _____

NO. DE ACTIVIDAD	BITÁCORA DE CONTROL Y MANTENIMIENTO ESTRUCTURA DEL INMUEBLE (DETALLE)	2025
------------------	---	------

9 Requerimiento: Realizar un peritaje Estructural del Inmueble donde se ubica el centro de trabajo.
* Esta revisión deberá realizarse cada 5 años.

	PROGRAMACIÓN ANUAL											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Programado												
Real												
Nombre de quién lo realizó												
Proveedor o gobierno												
Resultado del peritaje												
Evidencia												

Observaciones: _____

Coordinador: _____

Nombre y firma _____

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con una (X) en el renglón de **programado** el mes en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- En el renglón de " Real " marcar con una (X) el mes en que realmente se realizó el peritaje.
- 3.- En el siguiente renglones anotar los datos de quién realizó el peritaje.
- 4.- En el renglón de Proveedor o Gobierno anotar una "p" si fue proveedor o "G" si se recibió el apoyo de alguna Dependencia de Gobierno.
- 5.- En el renglón de Resultado de Peritaje anotar cual fue el resultado.
- 6.- En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia se consiguió en ambos casos y **anexar una copia.** (Factura, Nota, Reporte, Etc. Con nombre y firma) y anexar copia de esta para la entrega al ISSSSPEA una vez realizada la acción.
- 7.- Si la acción no se realizó durante el año anotar en Observaciones cual fue el motivo.
- 8.- Si realizó el peritaje en 20, anote en el cuerpo del formato " **Realizado en 20 "**

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
 No. DE REGISTRO DE LA COMISIÓN: _____

NO. DE ACTIVIDAD	BITÁCORA DE CONTROL Y MANTENIMIENTO INSTALACIONES DE GAS (DETALLE)	2025
------------------	---	------

9

Requerimientos: 1.-Revisión de toda las instalaciones del Gas cada año.(excepto si es de gas natural) por un especialista.
 2.-Revisión externa de las conexiones cada mes con: (agua y jabón) 3.- Anotar datos adicionales si se cuenta con Tanque de Gas estacionario.

PROGRAMACIÓN ANUAL												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Programación Revisión Anual												
Real												
Programación Revisión Externa		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Real												
Nombre de quién realizo la acción												
Tipo de Mtto.												
Evidencia												

a) Tanque estacionario:

SI

NO

b) Fecha de fabricación: (MES Y AÑO) _____
 (Si la fecha es mayor a 10 realizar cambio de válvulas, previo diagnostico de resistencia.)

Resultado del diagnostico:

SI

NO

Remplazo:

SI

NO

c) Fecha tentativa para el cambio si es requerido: _____

Observaciones: _____

Nombre y firma del coordinador: _____

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con una (X) en el renglón de " programación revisión anual " el mes en que tentativamente será realizada la revisión. Las " R " calendarizadas cada mes representan las fechas en que se realizará LA PRUEBA DEL AGUA Y JABÓN en las conexiones, para asegurar que no hay fugas.
- 2.- En el renglón de " Real " marcar la fecha exacta del mes en que realmente se realizaron las revisiones.
- 3.- Anotar los datos de quién realizó la revisión ya sea empresa o persona.
- 4.- En el renglón de " Tipo de Mtto. " anotar el tipo de Acción. (P) Peritaje, (R) Revisión.
- 5.- En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia se consiguió. (Factura, Nota, Reporte, Etc. Con nombre y firma) y anexar copia de esta para la entrega al ISSSSPEA en las fechas solicitadas en el Plan.
- 6.- Si el centro de trabajo no utiliza gas, favor de cruzar con una línea transversal el formato o utilizar la leyenda " NO APLICA " y entregar al ISSSSPEA.
- 7.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el año anotar en Observaciones cual fue el motivo.

*Las fechas programadas por el ISSSSPEA. No deben ser modificadas.



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El agente de México
CORREO: AGU@AGU.ORG

ISSSSPEA

CONTADOR DE DÍAS SIN ACCIDENTES

Nombre del Centro de Trabajo: Universidad Tecnológica de Aguascalientes

Turnos: 2 Horarios: 7:00 a 22:00 Lunes a Domingo

Número de trabajadores: 386

Número de registro de la comisión: 5900105

MES	DÍAS SIN ACCIDENTES
ENERO	20
FEBRERO	20
MARZO	21
ABRIL	16
MAYO	20
JUNIO	21
JULIO	23
AGOSTO	21
SEPTIEMBRE	21
OCTUBRE	
NOVIEMBRE	
DICIEMBRE	

DÍAS SIN ACCIDENTES DEL CENTRO DE TRABAJO

1 8 3

DÍAS

Recepción del contador de días sin accidentes

	nombre	edificio	fecha
1	Martela Domerc Loraque Ramos	Rectoria	8-Oct-25
2	Salvador Gutierrez	Vinculados	8-Oct-25
3	Jesús Alejandro Aizpura Zatarías	servicios Escolares	8/oct/25
4	Edgar Cisneros Medina	Aulas 1	8-Oct-25
5	Juan José Balboa Araya	Aulas 2	8-Oct-25
6	Sergio Wilson Escobar	Aulas 3	8-Oct-25
7	Araceli Machado Gacelaurane Mellics	Aulas 5	8-Oct-25
8	Karina Bordes MT	Aulas 4	9-Oct-25
9	Paulo Martinez Orozco	XXV Aniversario	8/oct/2025
10	Raúl A. Alvarado	Escuela Integral	8/oct/2025
11	Deafriz Araiza Laguna	Aulas 6	8/oct/2025
12	Jessica Alejandra Ramos Araya	Biblioteca	08/10/2025
13	Pertho Quereche Araya	Aulas 7	09/10/2025
14			



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El gigante de México
ESTABLECIDO EN 1922

ISSSSPEA

ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: **5900105**

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: **7 DE OCTUBRE DE 2025**

CENTRO DE TRABAJO: Aulas 6

PERIODO:

ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN		DETECTADA			ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA	
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE	DÍA	MES	AÑO		NOMBRE	
1	Falta colocar los extintores en su lugar.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Carlos González	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
2	Goteras en Salones 11 y 12.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
3	Plafones dañados por goteras en salones de planta alta.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
4	Puerta de acceso principal se atora.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
5		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
6		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
7		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
8		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	



ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: 7 DE OCTUBRE DE 2025

CENTRO DE TRABAJO: XXV Aniversario

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN			ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR			RESPONSABLE DE SUBSANARLA
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE	DETECTADA				
			DÍA	MES	AÑO		
1	Extintor en planta baja A6-06 sin seguro ni cincho.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Carlos González
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA
2	Luces encendidas y ventanas abiertas en el Salón 4.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Mauro Martínez
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA
3	Plafón dañado en Sala de Maestros y Salón 7.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA
4	Tablero eléctrico sin identificar en Laboratorio de Cómputo 1 y 2.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA
5	Puerta de salida de emergencia cerrada.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Mauro Martínez
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA
6	Cables fuera de la canaleta en el Audiovisual.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Raúl Alfaro
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA
7	Tapa de tablero eléctrico en Audiovisual dañada.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA
8	Cubículos de Maestros sin Personal con luces encendidas.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Mauro Martínez
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25
							FIRMA



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El gigante de México
AGUASCALIENTES DEL 4-12-2000 2025-2027

ISSSSPEA

ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: **5900105**

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: **7 DE OCTUBRE DE 2025**

CENTRO DE TRABAJO: XXV Aniversario

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN		DETECTADA			ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA	
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE	DÍA	MES	AÑO		NOMBRE	
9	Extintor No. 38 en planta alta descargado.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Carlos González	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
10	Cristal estrellado en ventana de pasillo planta alta.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Raúl López Pérez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
11	Lámpara dañada frente al baño de hombres planta alta.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
12	Ventanas abiertas y mosquiteros dañados en Salón 10 planta alta.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
13	Contacto eléctrico sin tapa en Salón 9 planta alta.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	



ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: 5900105

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: 7 DE OCTUBRE DE 2025

CENTRO DE TRABAJO: Aulas 4

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raul López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN			DETECTADA			ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA	
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE		DÍA	MES	AÑO		NOMBRE	
1	Rampa dañada en acceso principal.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
2	Goterías en Salones.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
3	Losas dañadas con filtraciones de agua.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
4	Extintor sin seguro en pasillo.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Carlos González	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
5		NUEVA							
		SUBSISTENTE							
		SUBSANADA						FECHA:	
6		NUEVA							
		SUBSISTENTE							
		SUBSANADA						FECHA:	
7		NUEVA							
		SUBSISTENTE							
		SUBSANADA						FECHA:	
8		NUEVA							
		SUBSISTENTE							
		SUBSANADA						FECHA:	



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El gigante de México
FUNDACIÓN DEL ESTADO 1922-2021

ISSSSPEA

ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: **5900105**

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: **7 DE OCTUBRE DE 2025**

CENTRO DE TRABAJO: Rectoría

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN					ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA	
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE	DETECTADA					
			DÍA	MES	AÑO			
1	Goteras y plafones manchados en oficinas de Rectoría y Secretaría Académica.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
2	Pastilla del tablero eléctrico dañada en Secretaría Académica.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
3	Plafones dañados por goteras en oficina de Contabilidad, Recursos Humanos, Servicios Generales y área de cajeros automáticos.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
4	Lámpara dañada en oficina de Recursos Humanos.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
5		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
								FIRMA
		SUBSANADA						
6		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
								FIRMA
		SUBSANADA						
7		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
								FIRMA
		SUBSANADA						
8		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
								FIRMA
		SUBSANADA						



ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: 5900105

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: 7 DE OCTUBRE DE 2025

CENTRO DE TRABAJO: Aulas 5

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López-Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN		DETECTADA			ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA	
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE	DÍA	MES	AÑO		NOMBRE	
1	Cables en el piso sin contactos eléctricos en oficinas.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
2	Mobiliario sin uso y dañado en Salón 3.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
3	Marco de puerta dañado del Salón 2.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
4	Cables dañados y sin uso en puerta de acceso principal	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA					FECHA: 07-nov-25	
5		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
6		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
7		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	
8		NUEVA					NOMBRE	
		SUBSISTENTE					FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	



ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: **5900105**

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: **7 DE OCTUBRE DE 2025**

CENTRO DE TRABAJO: Aulas 7

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN					ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE	DETECTADA				
			DÍA	MES	AÑO		
1	Cocineta sin puerta.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
							FECHA: 07-nov-25
		SUBSANADA					FIRMA
2	Baño de mujeres planta alta con una taza desprendida.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
							FECHA: 07-nov-25
		SUBSANADA					FIRMA
3	Filtración de agua en cubículos de Maestros.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
							FECHA: 07-nov-25
		SUBSANADA					FIRMA
4	Puerta de archivo en oficinas se encuentra desprendida.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
							FECHA: 07-nov-25
		SUBSANADA					FIRMA
5	El agua de la fuente en pasillo se desborda.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez
							FECHA: 07-nov-25
		SUBSANADA					FIRMA
6		NUEVA					NOMBRE
		SUBSISTENTE					
							FECHA:
		SUBSANADA					FIRMA
7		NUEVA					NOMBRE
		SUBSISTENTE					
							FECHA:
		SUBSANADA					FIRMA
8		NUEVA					NOMBRE
		SUBSISTENTE					
							FECHA:
		SUBSANADA					FIRMA



Aguascalientes
Centro de trabajo y soluciones
El Siglo de México
CONSEJO LOCAL DEL ESTADO 1952-2021

ISSSSPEA

ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: 5900105

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: 7 DE OCTUBRE DE 2025

CENTRO DE TRABAJO: Aulas 1

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒
mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN			DETECTADA			ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA	
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE		DÍA	MES	AÑO		NOMBRE	
1	Persiana dañada en el Salón 3.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
2	Cables desordenados en Recepción y Oficina de Deportes.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Raúl Alfaro	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
3	Lámparas dañadas en Oficina de Deportes, Difusión y Cocineta.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
4	Canaletas desordenadas en Oficina de Diseño.	NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Raúl Alfaro	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
5		NUEVA		7	10	25			
		SUBSISTENTE						Juan Carlos Jiménez Velázquez	
		SUBSANADA						FECHA: 07-nov-25	
6		NUEVA							
		SUBSISTENTE							
		SUBSANADA						FECHA:	
7		NUEVA							
		SUBSISTENTE							
		SUBSANADA						FECHA:	
8		NUEVA							
		SUBSISTENTE							
		SUBSANADA						FECHA:	



ACTA DE RECORRIDO DE VERIFICACIÓN 2025

No. DE REGISTRO DE LA CSH: **5900105**

DEPENDENCIA: UTA

FECHA DEL RECORRIDO: **7 DE OCTUBRE DE 2025**

CENTRO DE TRABAJO: Vinculación

PERIODO: ene-feb ☐ may-jun ☐ sept-oct ☒

mar-abr ☐ jul-ago ☐ nov-dic ☐

TITULAR: Dr. Armando López Campa
Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN: Raúl López Pérez
Nombre y firma

No.	OBSERVACIÓN					ACCIÓN RECOMENDADA A REALIZAR	RESPONSABLE DE SUBSANARLA	
	DESCRIBIR LA CONDICIÓN INSEGURA O ANOMALÍA DETECTADA	FASE	DETECTADA					
			DÍA	MES	AÑO			
1	No funcionan las cortinas.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
2	Domos en mal estado (se filtra agua).	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
3	Vitrinas sucias y telarañas en paredes.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Raúl López Pérez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
4	Cables de red y eléctricos desordenados en Oficinas.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Raúl Alfaro	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
5	Contactos sin tapas en Oficinas.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
6	Piso bastante deteriorado y falta pintura en el Salón 4.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
7	Falta iluminación en el patio de Vinculación.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA: 07-nov-25	
		SUBSANADA					FIRMA	
8	Pintura deteriorada en columnas y baños.	NUEVA	7	10	25		NOMBRE	
		SUBSISTENTE					Juan Carlos Jiménez Velázquez	
							FECHA:	
		SUBSANADA					FIRMA	

FORMATO DE ANÁLISIS DE RIESGOS 2025 IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

ISSSSPEA



N° DE REGISTRO DE LA COMISIÓN
5900105

CENTRO DE TRABAJO:

Universidad Tecnológica de Aguascalientes

DIRECCIÓN:

Bvld. Juan Pablo II, 1302, Ex hacienda la Cantera, Aguascalientes 20200

FECHA DE REVISIÓN:

13 de Octubre 2025

Fórmula: $P \times E \times C = ER$

P= Probabilidad

E= Exposición

C= Consecuencia

ER= Evaluación del Riesgo

ÁREA	ACTIVIDAD O SITUACIÓN DE RIESGO	MEDIDAS DE SOLUCIÓN	EVALUACIÓN DEL RIESGO				FECHA DE SOLUCIÓN	RESPONSABLE DE SU CORRECCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
			P	E	C	ER			
Aulas del edificio inteligente	Escaleras: Falta de sujeción adecuada a la estructura, longitud excesiva del cableado, falta de resistencia a climáticas	Verificar y ajustar la nivelación de la lámpara para asegurar que esté colgada de manera estable y segura, y proteger el cableado adecuadamente	3.0	0.0	7.0	0.2	mar-26	Juan Carlos Jimenez	30
Aulas 3	Incumplimiento: acumulación de basura	Proporcionar capacitación adecuada al personal de limpieza y difundir una cultura de reciclaje en la universidad	3.0	1.0	1.0	3.0	01/01/2026	Paolino Delgado	40
Campus y Validades	Inundaciones Lluvias intensas pueden generar riesgos de inundaciones en cercanas o dentro del campus, afectando las vías de acceso o instalaciones	- Programas de mantenimiento preventivo a canales y bajadas pluviales. - Desazolve constante del sistema de drenajes.	3.0	1.0	1.0	3.0	Enero-Diciembre	Paolino Delgado	30
Campus y Validades	Accidentes en el transporte: La UTA está cerca de carreteras importantes, lo que implica riesgos de accidentes automovilísticos, incluyendo posibles derrames de materiales peligrosos de vehículos de carga.	- Se tiene implementado un plan de evacuación. - Capacitación constante de brigadas de incendio. - Distribución y señalización de equipo contra incendios - Se tiene implementado un plan de evacuación. - Capacitación constante de brigadas de incendio. - Distribución y señalización de equipo contra incendios	3.0	1.0	0.1	0.3	Enero-Diciembre	Paolino Delgado	50
Campus y Validades	El riesgo sanitario se refiere a una medida de los posibles perjuicios para la salud de una población concreta derivados de la ocurrencia de una situación peligrosa, como por ejemplo la aparición de una pandemia o los efectos de ciertos factores ambientales. El Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) dentro de su base de datos tiene registradas en el Estado de Aguascalientes las epidemias o enfermedades que azotaron en el estado, las cuales son: • Dengue El dengue es una infección vírica transmitida por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género Aedes. Hay cuatro serotipos de virus del dengue (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4). Los síntomas aparecen 3-14 días (promedio de 4-7 días) después de la picadura infectiva. El dengue es una enfermedad similar a la gripe que afecta a lactantes, niños pequeños y adultos. No hay ningún tratamiento específico contra el dengue. El dengue grave es una complicación potencialmente mortal, pero su diagnóstico clínico precoz y una atención clínica cuidadosa por personal médico y de enfermería experimentada suele salvar la vida de los pacientes Los riesgos geológicos son los que causan mayores catástrofes naturales y con el fin de poder actuar de forma preventiva y minimizar el impacto de estos peligros tanto de las personas como de bienes, es necesario conocer su comportamiento y su distribución en el territorio.	- Programas de mantenimiento, limpieza y cloración de sistemas - Se tiene implementado un plan de evacuación. - Capacitación constante de brigadas de emergencia. - Señalización del inmueble de acuerdo a las normas generales para este efecto.	3.0	1.0	0.1	0.3	Enero-Diciembre	Paolino Delgado	30
Campus y Validades									50

Elaboró:

Nombre y firma

COORDINADOR DE LA COMISIÓN

Aprobó:

Nombre y firma

DIRECTOR DEL ÁREA

Vo Bo

FECHA DE ELABORACIÓN

13/10/2025

TITULAR DE LA DEPENDENCIA Y/O TITULAR DEL