|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORME DE GESTIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL según el art 77 del RPLOPCYMAT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrucciones: Para ser llenado sólo por los miembros del Comité de Seguridad y Salud Laboral, lean cada ítem, completen todos los campos, suministren sólo información verdadera, firmen correctamente, tracen una línea recta en los espacios vacíos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sello Empresa | | | | Sello INPSASEL | | | | | | 1. **DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: Contratista: Si ( ) No ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro de Trabajo/Nombre comercial: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado: | | | | | | | | | | Ciudad/Localidad: | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | | | | | Fax: | | | | | | | Nº Trabajadores: | | | | | |
| Código de Registro del Comité de SSL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº Delegados (as) de Prevención: | | | | | | | | | | | | | Nº Representantes del Empleador (a): | | | | | | | | | |
| Informe: Año | | | | | | | | | | | Mes | | | | | Fecha elaboración: | | | | | | |
| 1. **DATOS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL (Llenado obligatorio, trace una línea recta en los espacios inutilizados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDO** | | | | | | | **CÉDULA** | | **CONDICIÓN (Marque una x)** | | | | | | | | | | **FIRMA** | | | | | **FECHAS Y ASISTENCIAS A LAS REUNIONES**  **(Coloquen las fechas a las reuniones en que asistió cada miembro)** | | | | | | | | |
| **DELEGADO DE PREVENCIÓN** | | | | **REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR** | | | | | | **Ordinaria** | | | | | **Extraordinarias** | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| 1. **ACUERDOS DISCUTIDOS EN LAS REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL (numerales 1,3,4,5 del artículo 77 del RPLOPCYMAT)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITUDES PRESENTADAS / MEDIDAS PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LOS CONTROLES EXISTENTES / MEDIDAS DEMANDADAS POR LOS DELEGADOS (AS) DE PREVENCIÓN/ DENUNCIAS PRESENTADAS POR LOS TRABAJADORES (AS)** | | | | | | | | **¿Está en el (los) Anexo (s) 12 del mes?** | | **Fecha de reunión donde presentaron la solicitud.** | | **CONDICIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | | **DECISIONES ADOPTADAS/ MEDIDAS ACORDADAS** | | | | | | | | | | **CUMPLIMIENTO DECISIONES** | | | | |
| **(marque con 1 x)**  **TRABAJADOR** | | | **(marque con 1 x)**  **DELEGADO de P** | | | **FECHA** | | | **SI** | **NO** |
|  | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 1. **OTROS DATOS DE LA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL (Complete todos los campos)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Núm. 6. Art 77 RPLOPCYMAT:** Información escrita recibida de parte del patrono (a) en cuanto a los análisis de riesgos de los puestos de trabajo. | | | | | | | | | | | **Núm. 7 Art 77 RPLOPCYMAT:** Información sobre los trabajadores (as) contratados (as) por intermediarios y contratistas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuenta el centro de trabajo con un programa de seguridad y salud en el trabajo elaborado con la participación activa y protagónica de todos los trabajadores y trabajadoras según la NT-01-2008? (Marque con una x ) NO SI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En concordancia con lo establecido en los artículos 120 núm. 7 de la LOPCYMAT Sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales, administrativas o disciplinarias, se sancionará al empleador o empleadora con multas de setenta y seis (76) a cien (100) unidades tributarias (U.T.) por cada trabajador expuesto cuando Suministre al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales o al Ministerio con competencia en materia de trabajo, datos, información o medios de prueba falsos o errados que éstos le hayan solicitado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. Núm. 2 del art 77 del RP LOPCYMAT y NT-01-2008** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrucciones: Esta información debe ser la misma de los planes de trabajo del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa aprobado por los trabajadores y trabajadoras, si hay una actividad planificada se deben completar todos sus campos a lo horizontal, inutilice con una línea los campos vacíos. En “Si” o “No” marque con “X” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PLANES DE TRABAJO**  **(Según título IV de la NT-01-2008)** | | | | | **ACTIVIDAD (Llenado obligatorio)**  **(Según título IV de la NT-01-2008, Coloque el título de la actividad en el ítem que le corresponde, después de los dos puntos)** | | | | | | | | **¿Se planificó para este mes esa actividad?** | | | | | | | | **RESPONSABLES** | | | **OBSERVACIONES** | | | | | **¿SE CUMPLIÓ?** | | |
| **SI** | | **No** | **FECHA** | | | | | **SI** | | **No** |
| 1. **Inducción a nuevos ingresos o cambios o modificación de tarea** | | | | | Recorridos al centro de trabajo: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Información verbal y escrita sobre sustancias, materiales y desechos peligrosos. | | | | | | | |  | |  |
| Información de principios de prevención: | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Educación periódica de los trabajadores (as)**   **Coloque el título de la formación en el ítem que le corresponde** | | | | | Legislación laboral: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Procesos Peligrosos: | | | | | | | |  | |  |
| Prevención: | | | | | | | |  | |  |
| Primeros auxilios: | | | | | | | |  | |  |
|  | **Meses del Trimestre de Educación**  **De: a** | | |  | Equipos de Protección: | | | | | | | |  | |  |
| Seguridad vial: | | | | | | | |  | |  |
| Total trabajadores asistentes |  | | Ergonomía: | | | | | | | |  | |  |
| Total horas educación del mes |  | | Crecimiento personal: | | | | | | | |  | |  |
| Total horas de educación en el trimestre |  | | Drogas: | | | | | | | |  | |  |
| Total horas restantes de educación en el trimestre |  | | Stress laboral | | | | | | | |  | |  |
| Otros: | | | | | | | |  | |  |
|  | | |
| 1. **Procesos de Inspección** | | | | |  | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| 1. **Monitoreo y vigilancia epidemiológica de los riesgos y procesos peligrosos** | | | | | Monitoreos ocupacionales: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Monitoreos ambientales: | | | | | | | |  | |  |
| Programas de control preventivo: | | | | | | | |  | |  |
| Programas de control correctivo: | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Monitoreo y vigilancia epidemiológica de la salud de las trabajadoras (es)** | | | | | Registro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Publicación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica: | | | | | | | |  | |  |
| Evaluaciones individuales: | | | | | | | |  | |  |
| Evaluaciones colectivas:: | | | | | | | |  | |  |
| Registro de incidentes: | | | | | | | |  | |  |
| Registro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades O: | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Monitoreo y vigilancia de la utilización del tiempo libre de las trabajadoras (es)** | | | | | Sistema de Vigilancia de la Utilización del Tiempo Libre: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Actividades Culturales: | | | | | | | |  | |  |
| Actividades Deportivas: | | | | | | | |  | |  |
| Actividades Recreativas: | | | | | | | |  | |  |
| Actividades Turísticas: | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Reglas, normas y procedimientos de trabajo seguro y saludable** | | | | | Publicación: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Medios didácticos: | | | | | | | |  | |  |
| Actualización: | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Dotación de los equipos de protección personal y colectiva** | | | | | Control de fuentes de riesgos/medios/administrativo: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Estudio de los EPP: | | | | | | | |  | |  |
| Dotación: | | | | | | | |  | |  |
| Periodicidad: | | | | | | | |  | |  |
| Reemplazo: | | | | | | | |  | |  |
| Pruebas e inspecciones: | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Atención preventiva en salud de las trabajadoras (es)** | | | | | Evaluaciones médicas | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Entrega de resultados (24 horas) | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Planes de Contingencia y atención de emergencia** | | | | | Sistema de atención de Primeros auxilios | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Transporte de lesionados | | | | | | | |  | |  |
| Atención médica de emergencia | | | | | | | |  | |  |
| Planes de contingencia | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Recursos Económicos** | | | | | Definición: | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Ejecución | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Ingeniería y Ergonomía** | | | | | Remodelaciones | | | | | | | |  | |  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Adaptaciones | | | | | | | |  | |  |
| Nuevos puestos. | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Investigación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales.** | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| Instrucciones: Sólo para información complementaria, trace una línea recta en el espacio en caso de no ser utilizado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sello INPSASEL | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Firmas Delegados (as) de Prevención** | | | | | | | | | | | | **Firmas Representantes del Empleador** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |