

**Elección de Directorio Paritario en Representación de los Adherentes
(Periodo 2025-2028)**

DECLARACION JURADA

**CAUSALES DE INHABILIDAD PARA CANDIDATOS A DIRECTORES
REPRESENTANTES DE EMPRESAS ADHERENTES**

Comparece don _____, RUT _____,
domiciliado en _____,
quien dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 22 de los Estatutos del IST ORGANISMO DE
SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO y para los efectos de postular al cargo de Director en representación de
los adherentes, declara:

- a) Ser representante de una entidad empleadora (dueño, los gerentes, administradores, directores o apoderados con facultades de administración, de las sociedades civiles, comerciales, o cooperativas, en la medida que cuenten con al menos un año de permanencia en la empresa a la fecha de la postulación, o el presidente de las corporaciones o fundaciones), que registre más de tres años de antigüedad como adherente al IST;
- b) Que la entidad empleadora que representa, se encuentra al día en el pago de sus cotizaciones al mes de febrero de 2025;
- c) Tener el patrocinio de a lo menos veinte empresas adherentes, no relacionadas entre sí (en los términos definidos en los incisos cuarto, quinto, sexto y séptimo del artículo 15 de los Estatutos), que en conjunto reúnan a lo menos mil trabajadores afiliados al IST como promedio anual, al mes de enero, o de una o más entidades gremiales de empleadores adherentes al IST, cuyos asociados reúnan en conjunto o individualmente consideradas, a lo menos mil trabajadores afiliados como promedio anual, al mismo mes.
- e) No encontrarme procesado ni haber sido condenado por crimen o simple delito a la fecha de la convocatoria, o afectado por otra causa legal de inhabilidad;
- f) No ser ni haber sido durante los últimos dos años anteriores a la elección funcionario público que ejerza directamente y de acuerdo con la Ley, funciones de fiscalización o control de las Mutualidades;
- g) No ser ni haber sido en los últimos cinco años anteriores a la elección, gerente general o ejecutivo superior del IST o de otro organismo administrador del Seguro;
- h) No tener la entidad adherente o su representante vínculo contractual de subordinación, de Dependencia o de interés con el IST ORGANISMO DE SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO, sea en forma directa o como representante de otras personas.

NOMBRE: _____

RUT : _____

FECHA : _____

FIRMA : _____

Este formulario debe ser recepcionado en las oficinas del "IST Organismo de Seguridad y Salud del Trabajo" o en el mail cce@ist.cl hasta el día 25 de abril de 2025 a las 18:00 hrs.