**DISTINCIÓN ANUAL EN PREVENCIÓN 2025  
PREMIO “Gesttión destacada / acción innovadora”**

**1.- ANTECEDENTES**

Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comité Paritario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actividad Económica (CIIUSII):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postula a Gestión Destacada: \_\_\_\_\_\_\_ Acción Innovadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.- INFORMACIÓN E INDICADORES DE RESULTADOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INDICADORES  (de la Sucursal o faena donde pertenece el CPHS) | PERÍODO 1  jul-23 a jun-24 | PERÍODO 2  jul-24 a jun-25 |
| Promedio de trabajadores . |  |  |
| N° de accidentes de trabajo con tiempo perdido (CTP). |  |  |
| N° de enfermedades profesionales. |  |  |
| Tasa de Accidentabilidad. |  |  |
| Tasa de Siniestralidad |  |  |
| Cotización adicional diferenciada. |  |  |

**3.- ANTECEDENTES DEL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ PARITARIO CUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES LEGALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESPECTO DE LAS REUNIONES** | **SI** | **NO** | **PARCIALMENTE** |
| Se reúne al menos una vez al mes. |  |  |  |
| Tiene actas de todas las reuniones. |  |  |  |
| Se registran regularmente en las actas los acuerdos tomados. |  |  |  |
| Se lleva un control o seguimiento de los acuerdos. |  |  |  |
| **RESPECTO DE SU DESEMPEÑO** | **SI** | **NO** | **PARCIALMENTE** |
| Cuenta con un programa de trabajo vigente. |  |  |  |
| Cuenta con un registro de accidentes actualizado. |  |  |  |
| Realiza análisis o investigaciones de accidentes. |  |  |  |
| Realiza inspecciones a las áreas de trabajo. |  |  |  |
| Promueve regularmente los cursos que imparte el IST, sin costo para la empresa. |  |  |  |
| Promueve eficientemente la seguridad a través del uso de afiches, entregados por el IST. |  |  |  |
| Realiza el seguimiento a las medidas de control entregadas por el IST. |  |  |  |
| Realiza acciones preventivas respecto de dispositivos de seguridad y equipos de protección personal. |  |  |  |
| Da prioridad al mejoramiento del orden y la limpieza en la empresa. |  |  |  |
| Todos los miembros, laborales han participado han participado de la capacitación de Orientación en Prevención |  |  |  |
| Se encuentra acreditado a través del sistema SAC. |  |  |  |

**RESPECTO A LOS RESULTADOS**  
Describa el logro o resultado preventivo más importante obtenido por el Comité Paritario, en los 2 últimos períodos señalados

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.- OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

**Agregue aquí otra información que se considere de interés para su postulación.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si postula a Innovación Destacada, debe completar también la siguiente sección:**

|  |  |
| --- | --- |
| Acción Innovadora*(Iniciativas relacionadas con prácticas de su gestión ya sea en su organización, funcionamiento o implementado proyecto específicos de innovación que han generado mejoras significativas en el cuidado de la vida al interior de su organización)* | |
| **Nombre de la Innovación** |  |
| **Fecha de Implementación** |  |
| Descripción y resultados de su implementación | |

**5.- PRESENTADO POR**

Nombre ejecutivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_