**ANEXO 1**

**M E M O R A N D U M**

**DE DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL COMITÉ MIXTO/COORDINADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA:** Lugar, (DD/MM/AA) | **Señor:**  **PARA:** *(Nombre del representante (designado o elegido) Comité Mixto de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar/Coordinador de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar)*  **CARGO:**(*Cargo en la Empresa)*  Presente.- |

De mi mayor consideración:

Por disposición de (designación directa/elección) la Gerencia de la Empresa XXXX, ha tenido a bien designarlo como **MIEMBRO DEL COMITÉ MIXTO DE HIGIENE, SEGURIDAD OCUPACIONAL Y BIENESTAR/COORDINADOR DE HIGIENE, SEGURIDAD OCUPACIONAL Y BIENESTAR** recordándole que toda la información que se trate dentro en el ejercicio de sus funciones es de absoluta confidencialidad, debiéndose en todo momento someterse a las disposiciones que emerjan, haciéndole conocer que la presente designación es de carácter HONORIFICO, la cual tendrá duración de 1 año, durante este periodo su persona gozará de inamovilidad laboral en la empresa o establecimiento laboral de conformidad con el Artículo 35 de la Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar.

Agradeciendo su atención, así como la participación y apoyo que confío brindará durante las funciones encomendadas, reciba usted un cordial saludo.

Atentamente,

**Gerente o Representante Legal**

**Empresa XXXX**

**ANEXO 2**

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE HIGIENE, SEGURIDAD OCUPACIONAL Y BIENESTAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Comercial:** | |  | | | | **Actividad Económica:** |  |
| **Dirección:** | |  | | | | **N° de Trabajadores:** |  |
| **Nombre del Representante Legal:** | |  | | | | **Nombre del Coordinador designado:** |  |
| **Fecha de la Inspección:** | |  | | | | **Hora de la Inspección:** |  |
| **Punto** | **Condiciones de Seguridad** | | **Cumple** | | | **Observación**  **\*** En esta casilla se debe justificar el punto | |
| **Si** | **No** | **N.A** |
| **1. Política y Objetivos de Seguridad y Salud Ocupacional** | | | | | | | |
| 1 | ¿La empresa o el establecimiento laboral cuenta con una Política y objetivos de Seguridad y Salud Ocupacional? ¿Se verifica que las políticas y objetivos, han sido difundidas al personal? | |  |  |  |  | |
| **2. Explicación Detallada del Proceso Productivo** | | | | | | | |
| 2 | ¿Los trabajadores conocen el proceso productivo y/o las actividades que se desarrollan en la empresa o establecimiento laboral? | |  |  |  |  | |
| **3. Gestión de Riesgos Ocupacionales** | | | | | | | |
| 3 | ¿Los trabajadores conocen los riesgos a los que están expuestos en su entorno laboral? | |  |  |  |  | |
| **4. Estudios/Monitoreos de Higiene** | | | | | | | |
| 4 | ¿La empresa o establecimiento laboral realizo monitoreos de iluminación, ruido, carga de fuego y otros, según las necesidades? | |  |  |  |  | |
| **5. Actividades de Alto Riesgo** | | | | | | | |
| 5 | ¿La empresa o establecimiento laboral en caso que aplique, cumple con otorgar permisos de trabajo a actividades de mayor riesgo (altura, izaje, caliente, eléctrico, radiación u otro)? | |  |  |  |  | |
| **6. Descripción de las Condiciones Actuales** | | | | | | | |
| 6 | ¿Los trabajadores tienen conocimiento de uso correcto de todas las áreas, equipos e infraestructura y se realiza el mantenimiento correspondiente? | |  |  |  |  | |
| 7 | ¿La empresa dispone de comedores en el propio centro de trabajo, o en sus proximidades, donde se sirven alimentos en condiciones de higiene y calidad | |  |  |  |  | |
| 8 | ¿La empresa o establecimiento laboral cuenta con instalaciones eléctricas seguras (no se evidencia cables pelados y se tienen señalización de peligro eléctrico)? | |  |  |  |  | |
| 9 | ¿Cumple con la cantidad de inodoros, urinarios, duchas y lavamanos según la cantidad de trabajadores? | |  |  |  |  | |
| 10 | ¿Cuentan las instalaciones con suficientes y apropiados espacios para guardar la ropa de los trabajadores, mismos están separadas de las áreas operativas? | |  |  |  |  | |
| 11 | ¿Se cuenta con el resguardo de toda la maquinaria en sus partes móviles; puntos de operación, transmisión de energía y partes en movimiento? | |  |  |  |  | |
| 12 | ¿Se cuenta con un registro de inspección y reemplazo de las herramientas? | |  |  |  |  | |
| 13 | ¿Tiene señalización que indique información para llamar la atención sobre situaciones de riesgo instalada en tu empresa o establecimiento laboral? | |  |  |  |  | |
| 14 | ¿La empresa o establecimiento laboral se mantienen libres de desechos y residuos que constituyen un riesgo para la salud y se efectúa la limpieza y desinfección en forma permanente? | |  |  |  |  | |
| 15 | ¿Los trabajadores no realizan trabajos con sobre esfuerzo, movimientos repetitivos y posturas inadecuadas, etc.? | |  |  |  |  | |
| **7. Procedimiento de Investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo** | | | | | | | |
| 16 | ¿Se cuenta en el establecimiento laboral con un registro de accidentes e incidentes de la gestión? | |  |  |  |  | |
| **8.- Dotación de Ropa de Trabajo y Equipos de Protección Personal** | | | | | | | |
| 17 | ¿En la empresa y establecimiento laboral todos los trabajadores cuentas con Equipos de Protección de Trabajo y Ropa de Trabajo de acuerdo al riesgo al que están expuesto? | |  |  |  |  | |
| **9. Capacitaciones** | | | | | | | |
| 18 | ¿La empresa o establecimiento laboral realiza capacitaciones de acuerdo a las necesidades? | |  |  |  |  | |
| **10. Inspecciones** | | | | | | | |
| 19 | ¿En tu empresa o establecimiento laboral se realizan inspecciones internas para detectar problemas en temas de Seguridad Ocupacional? | |  |  |  |  | |
| 20 | ¿Se cuenta con medicamentos e insumos apropiados para ofrecer primeros auxilios en sitio de forma segura? | |  |  |  |  | |
| 21 | ¿Se dispone en el sitio de maletín de primeros auxilios o maletín de Emergencias y se tiene un control del mismo? | |  |  |  |  | |
| 22 | ¿Se cuentan con las facilidades mínimas de primeros auxilios dentro de las instalaciones y con un medio de transporte que permita trasladar a los lesionados inmediatamente hasta el centro de asistencia médica más cercano? | |  |  |  |  | |
| **11. Plan de Emergencia** | | | | | | | |
| 23 | ¿Se contemplan las distintas situaciones de emergencia y tomar las precauciones adecuadas? | |  |  |  |  | |
| 24 | ¿Las instalaciones disponen de vías de escape, salidas de emergencia y puntos de encuentro en caso de incendios? | |  |  |  |  | |
| 25 | ¿Se cuenta con extintores en la empresa o establecimiento laboral, los cuales estén cargados y funcionando correctamente? | |  |  |  |  | |
| 26 | ¿Toda abertura permanente o temporal esta resguardada y señalizada para evitar caídas de personas o cosas? | |  |  |  |  | |
| 27 | ¿La Empresa cuenta con conexión de agua potable, ya sea por medio de red o por medios propios? | |  |  |  |  | |
| **12. Medicina de Trabajo y Salud Ocupacional** | | | | | | | |
| 28 | ¿Se cuenta con la copia del libro de registro de accidentes de trabajo, de los últimos 12 meses? | |  |  |  |  | |
| 29 | ¿Se cuenta con la planilla de aportes de los trabajadores al seguro de corto plazo de los últimos tres meses? | |  |  |  |  | |
| 30 | ¿Cuentan los trabajadores con exámenes médicos, pre ocupacional, periódico? | |  |  |  |  | |

Firma del Coordinador Firma del Gerente/Director/Representante Legal

Nombre: Nombre:

C.I.: C.I.:

**ANEXO 3**

**ACTA DE ELECCIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LAS Y LOS TRABAJADORES**

1. **APERTURA**

En la ciudad de…………. ,(día) …… de(mes) ………….. de (año)20…... a horas ……, se procede a ele­gir a los representantes de las y los trabajadores del Comité Mixto de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar.

La elección es presidida por el señor…………………………………………., como Gerente/Director/Representante Legal, deja constancia que:

Con fecha(día)………..de(mes)………………de(año)20…….Mediante avisos colocados en ……………………………………. se dieron a conocer los nombres de los representantes de la empresa ante el Comité Mixto de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar y se con­vocó para el día de hoy (día)………..de (mes)……………….. de (año)20……. a elección de los representantes de las y los trabajadores.

1. **CIERRE DE ELECCIÓN**

Siendo las……… horas del(día) …….. de(mes) ………….. de(año)20 ……., el Gerente/Director/Representante Legal que suscribe procede a cerrar la recepción de votos, dejando constancia que:

* Se presentaron a votar ……(cantidad) trabajadores, los cuales emitieron su voto respectivo.

1. **RECUENTO DE VOTOS Y NOMINA DE ELEGIDOS**

A las …….. horas del (día)……. de(mes)…………… de(año)20 ……, se procede a efec­tuar el recuento de votos, ante la presencia de quienes suscriben. Los resultados son los siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAYORIA** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **Nº DE VOTOS** |
| 1era. |  |  |
| 2da. |  |  |
| 3era. |  |  |
| 4ta. |  |  |
| 5ta. |  |  |

De acuerdo a lo establecido en el artículo 10, numeral II del Reglamento para la Designación de Coordinadores, Constitución y Posesión de Comité Mixtos de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar fueron elegidos miembros del Comité Mixto en representación de las y los trabajadores las y los señores (as):

**NOMBRES Y APELLIDOS**

1 ………………………………………………………………. VOTOS ..............

2 ………………………………………………………………. VOTOS ..............

3 ………………………………………………………………. VOTOS ..............

4 ………………………………………………………………. VOTOS ..............

5 ………………………………………………………………. VOTOS ..............

**3.2. De la votación:**

* N° de votos: ……..(cantidad)
* N° de votos Válidos: ……..(cantidad)
* N° de votos nulos: ……..(cantidad)
* N° de votos en blanco: ……..(cantidad)
* Total de trabajadores de la empresa o establecimiento laboral, sucursal o proyecto: ……..(cantidad)
* N° de votantes: ……..(cantidad)
* N° de votantes ausentes: ……..(cantidad)

1. **CONSTANCIA**

Siendo las ……. horas, se procede a cerrar el proceso de elección y los abajo firmantes dan fe que el proceso se efectuó de acuerdo a lo establecido en el artículo 10, numeral II del Reglamento para la Designación de Coordinadores, Constitución y Posesión de Comité Mixtos de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar.

SEÑOR : ………………..…………………………………...

CARGO : …………………………………………………….. FIRMA

SEÑOR : ………………..…………………………………...

CARGO : …………………………………………………….. FIRMA

SEÑOR : ………………..…………………………………...

CARGO : …………………………………………………….. FIRMA

**ANEXO 4**

**ACTA DE POSESIÓN DEL COMITÉ MIXTO DE HIGIENE, SEGURIDAD OCUPACIONAL Y BIENESTAR**

1. **DATOS DE POSESIÓN**

En la ciudad de....................................... a horas............................................ del día................................................de........................................de………………, se ha constituido luego de acto electoral realizado en instalaciones de la Empresa………………………………………………………………...................................,

(Razón Social)

Con domicilio en la Calle/Av................................................................................. No ...........,el Comité Mixto de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar de la misma, dando cumplimiento a la Ley de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar de 2 de agosto de 1979, Norma Técnica de Seguridad NTS – 009/2018 - Reglamento para la Designación de Coordinadores, Constitución y Posesión de Comité Mixtos de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar.

El comité se encuentra integrado por los siguientes representantes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Puesto** | **Nombre** | **Cédula de Identidad** |
| 1 | PRESIDENTE |  |  |
| 2 | SECRETARIO |  |  |
| 3 | VOCAL 1– EMPLEADOR |  |  |
| 4 | VOCAL 1- TRABAJADOR |  |  |
| 5 | VOCAL 2– EMPLEADOR |  |  |
| 6 | VOCAL 2- TRABAJADOR |  |  |
| 7 | VOCAL 3– EMPLEADOR |  |  |
| 8 | VOCAL 3- TRABAJADOR |  |  |
| 9 | VOCAL 4– EMPLEADOR |  |  |
| 10 | VOCAL 4- TRABAJADOR |  |  |

Por lo que en constancia firman:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Presidente del Comité Mixto |  | Secretario del Comité Mixto |

Por tanto:

Ante mí y habiendo verificado el cumplimiento de las normas legales y procedimentales que rigen la elección de los Representantes de los Comités Mixtos de Higiene y Seguridad Ocupacional a nivel nacional, se posesiona a los representantes mencionados precedentemente.

En la ciudad de……………………………,a………………….. días del mes de………. de….……..

1. **CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE INFORMES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE DE PRESENTACION** | **CUATRIMESTRALES** | | | **INFORME FINAL** |
| **PRIMER REPORTE** | **SEGUNDO REPORTE** | **TERCER REPORTE** |
| **FECHA** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| Firma del Jefe Departamental /Regional de Trabajo/Inspector de Trabajo |

1. **REEMPLAZANTES DEL COMITÉ MIXTO DE HIGIENE, SEGURIDAD OCUPACIONAL Y BIENESTAR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARGO EN EL COMITÉ MIXTO** | **ANTERIORES REPRESENTANTES** | | **NUEVOS REPRESENTANTES** | |
| **NOMBRE** | **CEDULA DE IDENTIDAD** | **NOMBRE** | **CEDULA DE IDENTIDAD** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Por lo que en constancia firman:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Presidente del Comité Mixto |  | Secretario del Comité Mixto |

Por tanto:

Ante mí y habiendo verificado el cumplimiento de las normas legales y procedimentales que rigen la elección de los Representantes de los Comités Mixtos de Higiene y Seguridad Ocupacional a nivel nacional, se actualiza el Acta del Comité Mixto arriba representado.

En la ciudad de……………………………, a………………….. días del mes de………. de….……..

|  |
| --- |
|  |
| Firma del Jefe Departamental /Regional de Trabajo/Inspector de Trabajo |

**ANEXO 5**

**INFORME MENSUAL DEL COMITÉ MIXTO DE HIGIENE, SEGURIDAD OCUPACIONAL Y BIENESTAR**

**I. DATOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa o Establecimiento Laboral:** | | |  | | | |  | |
| **Dirección** | | |  | | | | | |
| **Responsable de la Reunión:** | | |  | | | **Número de Trabajadores** | |  |
| **N° de Reunión** | **Fecha de Reunión** | | | | **Lugar de la Reunión** | **Hora Inicio** | | **Hora Final** |
| **Día** | **Mes** | | **Año** |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Clasificación de la Reunión del Comité Mixto:** | | | | | Programada  Extraordinaria | | | |
| **Motivo de la Reunión Extraordinaria**:  (Si aplica) | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Asistente (Nombre y Apellido)** | **Cargo del Comité Mixto** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**II. ORDEN DEL DIA**

1. Verificación del Quorum;
2. Resultados de la Verificación de las condiciones de los ambientes de trabajo, el funcionamiento y conservación de la maquinaria, equipo e implementos de protección personal y otros referentes a la Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar;
3. Resultado de la Inspección interna mensual programada dentro de la empresa o establecimiento laboral, así como en las inspecciones realizadas por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social (si hubiera);
4. Resultados del seguimiento al cronograma de capacitaciones y simulacros referente a higiene, seguridad ocupacional y bienestar, dispuesto en la empresa o establecimiento laboral;
5. Analizar y realizar seguimiento las causas de todos los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que hubieran ocurrido en la empresa, proponiendo posibles soluciones;
6. Controlar y evaluar el registro documentario y la presentación de denuncias de los accidentes y enfermedades de trabajo;
7. Realizar el seguimiento Informes Mensuales del Comité Mixto de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar (ANEXO 5) enviados o a enviar la Jefatura Departamental o Regional de Trabajo Correspondiente;
8. Al cabo de la gestión del Comité Mixto debe elaborar un Informe Final de las actividades realizadas, así como las medidas de prevención de riesgos y enfermedades profesionales que se adoptaron dentro la empresa o establecimiento laboral;
9. Participar de la implementación de los Programas de Seguridad y Salud Ocupacional presentados o a presentar, ante el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión social, otorgando conformidad a través de un acta.
10. Poner en conocimiento del Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social de los hechos que puedan ser considerados irregulares.
11. Resultados de la Revisión por el Comité Mixto.
12. Revisar los compromisos de la pasada reunión del Comité Mixto.

**III. DECISIONES /COMENTARIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Tema** | **Decisiones/Compromisos** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IV. COMPROMISOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPROMISOS** | | | | | | |
| **N°** | **Actividad/Compromiso** | **Responsable** | **Fecha Planificada** | **Fecha Ejecutada** | **Cumplimiento**  **SI/NO** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**V. REGISTRO FOTOGRAFICO**

(Evidencia del Informe Mensual y Acciones Asumidas).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Detalle de la Fotografía 1:** | **Detalle de la Fotografía 2:** |
|  |  |
| **Detalle de la Fotografía 3:** | **Detalle de la Fotografía 4:** |

**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE CONSIGNAMOS EN ESTE INFORME ES VERDADERA**

**FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ MIXTO FIRMA DEL SECRETARIO DEL COMITÉ MIXTO FIRMA DEL VOCAL DEL COMITÉ MIXTO**

**FIRMA DEL VOCAL DEL COMITÉ MIXTO FIRMA DEL VOCAL DEL COMITÉ MIXTO FIRMA DEL VOCAL DEL COMITÉ MIXTO**