

INFORME DEL DELEGADO O DELEGADA DE PREVENCIÓN						
I. DATOS DEL DELEGADO O DELEGADA DE PREVENCIÓN						
1. NOMBRES Y APELLIDOS:			2. FIRMA			
3. CÉDULA DE IDENTIDAD: V E		4. CÓDIGO:		5. MES:		
II. DATOS RELATIVOS AL CENTRO DE TRABAJO/ESTABLECIMIENTO/UNIDAD DE EXPLOTACIÓN						
1. NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO/ESTABLECIMIENTO/UNIDAD DE EXPLOTACIÓN:						
2. DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO/ESTABLECIMIENTO/UNIDAD DE EXPLOTACIÓN:						
3. DENOMINACIÓN DEL COMITÉ (SI LO HUBIERE):			4. CÓDIGO:			
ACTUACIÓN REALIZADA			SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Acompañó a especialistas de Seguridad y Salud de la empresa en visitas a puestos de trabajo: PROPIOS AJENOS						
Acompañó a organismos oficiales con competencia en Seguridad y Salud en visitas a puestos de trabajo: INPSASEL UNIDAD DE SUPERVISIÓN MANCOMUNADOS						
Participó en las reuniones del Comité de Seguridad y Salud Laboral						
Motivó a los trabajadores para el cumplimiento de Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo						
Asesoró a los trabajadores en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo						
Realizó actividades de divulgación a través de cartelera, trípticos, dípticos, etc.						
Realizó visitas a espacios destinados para la recreación y el descanso de los trabajadores						
Recibió denuncias de los trabajadores en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo						
Recibió del empleador la información solicitada al empleador sobre daños ocurridos en la Salud de los Trabajadores						
Coordinó con la organización sindical de la empresa actividades en materia de Seguridad y Salud						
El empleador brindó facilidades al delegado o delegada de prevención para el ejercicio de sus funciones						
Recibió formación por parte del empleador en materia de Seguridad y Salud Laboral						
Asistió a convocatorias y requerimientos realizados por el INPSASEL						
Realizó visitas a los puestos y áreas de trabajo para el reconocimiento de las Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo						
MEDIDAS CORRECTIVAS Y MEJORAS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL DEMANDADAS AL EMPLEADOR						
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA	RESPONSABLE DE EJECUCIÓN	FECHA	FECHA COMPROBACIÓN	MEDIDA APLICADA		
				SI	NO	
LIMITACIONES ENCONTRADAS PARA EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES Y OTRAS OBSERVACIONES						

Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales