



**ANEXO N°1 FICHA EMPRESA**

#### PREMIO A LA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO TUCAPEL GONZÁLEZ GARCÍA 2024

#### 

|  |  |
| --- | --- |
| **A. DATOS DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN** | |
| Nombre de la entidad empleadora |  |
| RUT |  |
| Categoría a la que postula |  |
| Organismo administrador Ley N° 16.744 |  |
| Nombre del gerente general o máxima autoridad de la entidad |  |
| Dirección casa matriz |  |
| Comuna y región casa matriz |  |
| Teléfono casa matriz |  |
| Correo electrónico y página web empresa |  |
| Actividad Económica (CIIU 6 dígitos + descripción)  Buscar en: [www.sii.cl/catastro/codigos.htm](http://www.sii.cl/catastro/codigos.htm)) | EJ: 252010  FABRICACIÓN DE PLANCHAS, LÁMINAS, CINTAS, TIRAS DE PLÁSTICO |
| Describir las actividades que desarrolla la empresa en las dependencias registradas en celda anterior. | Fábrica de envases como… |
| Indicar las direcciones a través del país en que desarrolla sus actividades la entidad y el número de trabajadores en cada una de ellas (Total, hombres, mujeres) | EJ:  Universo trabajadores: 100  Mujeres: 50  Hombres: 50 |

#### 

|  |  |
| --- | --- |
| **B. CUMPLIMIENTO INSTRUMENTOS DE PREVENCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA** | |
| Reglamento interno de Higiene y Seguridad |  |
| \*Reglamento especial para empresas contratistas y subcontratistas |  |
| Informa los riesgos (Título VI – DS40) |  |
| \*Registro actualizado de antecedentes del Artículo 5° del D.S. N° 76, especialmente, lo señalado en la letra d) Informe de las evaluaciones de los riesgos que podrían afectar a los trabajadores en las obras, faenas o servicios |  |
| \*Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo implementado (Comentar el resultado en materia de SST que han tenido en las obras o faenas que mantienen) |  |
| Comité(s) Paritario(s) de Higiene y Seguridad (Informar si están constituidos y funcionan de acuerdo a lo establecido por el DS N°54, indicar las direcciones en que funcionan) |  |
| \*Comité(s) Paritario(s) de Faena (Informar si están constituidos y funcionan de acuerdo a lo establecido por el DS N°76, para cada obra faena o servicio que corresponda) |  |
| Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales |  |
| \* Departamento de Prevención de Riesgos de Faena (para cada obra faena o servicio que corresponda) |  |
| Implementación del Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (año de última evaluación) |  |



\*Las empresas que son empresas principales en alguna o alguna(s) obra(s) o faena(s), de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 20.123, deben dar cumplimiento además a las disposiciones que dicha Ley incorporó a la Ley N° 16.744, especialmente a las relativas a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C. INDICADORES Y ANTECEDENTES** | | | |
| **Número de Accidentes del trabajo\*** | | | |
| Año 2022 | Año 2023 | | Tres primeros meses 2024 |
|  |  | |  |
| **Número de Accidentes Graves Ley 20.123** | | | |
| Año 2022 | Año 2023 | | Tres primeros meses 2024 |
|  |  | |  |
| N° promedio anual de trabajadoras/es entre el año 2022 y 2023 | |  | |
| Tasa de accidentabilidad\* año 2022 | |  | |
| Tasa de accidentabilidad\* año 2023 | |  | |
| Tasa de siniestralidad total, último periodo de evaluación DS67 (2023) | |  | |
| N° de inválidos laborales\* | |  | |
| N° de enfermedades profesionales diagnosticadas, informe según tipo | |  | |
| Cotización Adicional Genérica, propia de la actividad (por riesgo presunto, según DS110) | |  | |
| Cotización Adicional Diferenciada último periodo de evaluación 2023 (según riesgo efectivo DS67) | |  | |
| Indicar si tuvo recargo, rebaja o mantuvo la tasa de cotización adicional en proceso DS67 del año 2023. | |  | |



(\*) No considerar accidentes de trayecto



|  |  |
| --- | --- |
| **D. DETALLE DE LA GESTIÓN EN PREVENCIÓN DE RPSL**  (Evaluaciones realizadas, fechas de evaluaciones, tiempos de desarrollo de las distintas etapas, descripción de campaña de difusión, modelo de participación, medidas implementadas, entre otros aspectos a destacar tendientes al cuidado y promoción de la salud mental de los/as trabajadores/as) | |
| **Nombre de actividad** | **Breve descripción** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



|  |
| --- |
| **E. INFORME Y/O COMENTARIO DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR** |
| Completar en letra arial N° 12 y NO exceder esta página. |