# **Certificado de Reuniones del Comité Paritario de Higiene y Seguridad**

**Sistema HSYMAT**

# **Instrucciones**

1. El objetivo del presente certificado es dar cuenta de las reuniones efectuadas por los Comités Paritarios y la asistencia de los representantes titulares a dichas reuniones.
2. La información que se debe indicar es la siguiente:

En la primera sección.

* 1. **Servicio:** Nombre del Servicio
	2. **Identificación de la Dependencia:** debido a que un Servicio puede tener más de un Comité Paritario es necesario especificar la dependencia del Comité que se informa, por ejemplo, Jardín Infantil “Rayito de Sol”, Dirección Regional Arica, Oficina Provincial Copiapó, etc.) .
	3. **Dirección del Comité:** Dirección de la dependencia donde funciona el Comité, Nombre calle, N°.
	4. **Comuna y región:** Comuna y Región en la que funciona el Comité.

En la tabla resumen se solicita que se indique, según la columna:

* 1. **Fecha Reunión**: Fecha en que se realizó la reunión
	2. **N° Asistentes Titulares representantes del Servicio:** Número de asistentes titulares, representantes del Servicio, que asistieron a esa reunión.
	3. **N° Asistentes Titulares representantes de los Funcionarios:** Número de asistentes titulares, representantes de los Funcionarios, que asistieron a esa reunión.

En la sección final:

* 1. **Informado por:** Nombre del encargado del SHSYMAT que informa las reuniones del o los Comités Paritarios.
	2. **Firma**: Firma del encargado del SHSYMAT del Servicio.
	3. **Fecha Informe:** Fecha en que se confeccionó y firmó el certificado.
	4. **Observaciones:** utilice esta sección para informar alguna situación que sea necesario aclarar o dar a conocer.

**Se debe presentar un certificado por cada Comité Paritario existente.**

# **Certificado de Reuniones de Comité Paritario de**

# **Higiene y Seguridad**

|  |
| --- |
| **Servicio:** |
| **Identificación de la dependencia:** |
| **Dirección del Comité:** | **Comuna y Región del Comité:** |

**Objetivo:** Funcionamiento del Comité Paritario

**Requisito:** Realizar al menos, 12 reuniones del Comité Paritario, una al mes, con la participación de 2/3 de los representantes titulares de la Dirección del Servicio (Institucionales) y de los funcionarios.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Fecha Reunión** | **N° Asistentes Titulares representantes del Servicio** | **N° Asistentes Titulares representantes de los Funcionarios** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Informado por Sr/a:Encargado del SHSYMAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma | Fecha Informe: |

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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