### ESTABLECIMIENTO

|  |
| --- |
| Gobierno Regional Metropolitano de Santiago |

1. **REUNIÓN:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | 07 | EFECTUADA EL DÍA | 08 | / | 07 | / | 2016 | A LAS | 12:00 | HRS. |

### ASISTENTES DEL COMITÉ PARITARIO (TITULARES / SUPLENTES)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESIGNADOS/AS POR DIRECCIÓN** | | | **ELEGIDOS POR FUNCIONARIOS/AS** | | |
| **1** | Carolina Hidalgo | (T) | **1** | Luz Magaly Nuñez | (T) |
| **2** |  | (T) | **2** | Sebastián Benussi | (T) |
| **3** |  | (T) | **3** | Juan Catalán | (T) |
| **4** | Miguel Collio | (S) | **4** | Luis Muñoz | (S) |
| **5** |  | (S) | **5** | Jaime Martin | (S) |
| **6** |  | (S) | **6** | Macarena Viveros | (S) |

### OTROS ASISTENTES (EXTERNOS AL COMITÉ):

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **CARGO / DEPENDENCIA** |
| Virginia Saavedra | Prevención de Riesgos/ Servicios Generales |
|  |  |
|  |  |

1. **AUSENTES (solo titulares)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **JUSTIFICACIÓN** |
| Mayuri Reyes | En Dipres |
| Alejandro Linay | Reunión de Departamento |
|  |  |
|  |  |

### LECTURA ACTA ANTERIOR Y/O MODIFICACIONES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Se dio lectura al Acta anterior, correspondiente a la reunión Nº | | | 06 | efectuada el día | 23 | de | 06 | de 2016 |
| y (se/no se) | NO | Incorporaron modificaciones. | | | | | | |

En caso de existir modificaciones, detállelas a continuación.

|  |
| --- |
|  |

### LECTURA DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA/ENVIADA

### (marque x donde corresponda)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEMO** | **E-MAIL** | **CARTA** |  | **FECHA** | | |  | **CONTENIDO (resumen)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### ACTIVIDADES EFECTIVAMENTE REALIZADAS EN EL PERIODO (ENTRE REUNIONES)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Actividad realizada entre reuniones** | **Nº de Funcionarios/as beneficiados/as** |
|  | Lectura del acta anterior |  |
|  | Se informa el cumplimiento de la Certificación Bronce. El desafío para el 2016 en cumplir con la certificación Plata. |  |
|  | Propuesta de campaña del buen trato Laboral |  |
|  | Accidentes e investigaciones del periodo |  |
|  | Actualización de Intranet |  |
|  | Se informa del Plan de calidad de Vida y las campañas de julio y agosto. |  |
|  |  |  |

### REPORTES DE COMISIONES INTERNAS:

### INFORME DE ACCIDENTES / ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL - EN EL PERIODO (ENTRE REUNIONES)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº accidentes** | **Cantidad de investigaciones realizadas** |  | **Nº enfermedades de origen laboral** | **Cantidad de investigaciones realizadas** |
| **1** | **1** | **0** | **0** |

### INFORME DE ACCIDENTES / ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL - TOTAL ACUMULADO EN EL AÑO.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº accidentes** | **Cantidad de investigaciones realizadas** |  | **Nº enfermedades de origen laboral** | **Cantidad de investigaciones realizadas** |
| **2** | **2** | **6** | **6** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Conclusiones de la comisión de investigación:**  (reflexiones luego de exposición, descripción de acciones correctivas y/o plan de mejora) | Se ha realizado campañas de Paso a Paso, sin embargo hay situaciones imprevistas que nos han afectado en la tasa de accidentabilidad reflejada para el periodo. Ello no nos debe hacer pensar en que la situación se mantendrá. |

### INFORME DE DIFUSIÓN / CAPACITACIÓN - EN EL PERIODO (ENTRE REUNIONES)

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción de capacitaciones realizadas o material de difusión publicado:** | Curso de orientación en prevención de riesgos fue realizado con éxito en la Mutual. |

* 1. **INFORME DE INSPECCIONES - EN EL PERIODO (ENTRE REUNIONES)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Detalle de áreas inspeccionadas y principales hallazgos:**  (incorpora resultado de seguimientos) | No hay |

### PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE EL PRÓXIMO PERIODO: (hasta reunión ordinaria del mes siguiente)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Actividad a realizar** | **Responsable** |
|  | Campaña de Calidad de Vida y el Etiquetado de Alimentos | Gestión de personas envía primera información |
|  | Campaña de Calidad de Vida y el Etiquetado de Alimentos | Luz Nuñez envía 1 capsulas informativas |
|  | Campaña de Calidad de Vida y el Etiquetado de Alimentos | Juan Catalan envía 1 capsulas informativas |
|  | Campaña de Calidad de Vida y el Etiquetado de Alimentos | Jesica Moraga envía 1 capsulas informativas |
|  | Definición de preguntas para el concurso y cierre de la campaña mes | CPHS en la reunión |
|  | Actualización del diario mural con la campaña del mes + fotografía y nuevos integrantes | Jesica Moraga |

### ACUERDOS DE LA REUNIÓN:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Realizar cambio del formato de actas |
| 2. | Istas 21 recordar al Secretario Ejecutivo del CORE difundir la importancia de responder oportunamente la encuesta enviada. |
| 3. | Definir en la próxima reunión las comisiones |
| 4. |  |

### VARIOS / OBSERVACIONES U OTROS

|  |
| --- |
|  |

### FECHA PRÓXIMA REUNIÓN.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La reunión terminó a las | 13:00 | hrs.; y se acordó la próxima para el día | 19 | / | 07 | / | 2016 | a las | 12:00 | hrs. |

### REGISTRO DE FIRMAS.

**Firmas integrantes titulares:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA**  **PRESIDENTE (A) CPHS** | **NOMBRE Y FIRMA**  **SECRETARIO(A) CPHS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA**  **INTEGRANTE TITULAR CPHS** | **NOMBRE Y FIRMA**  **INTEGRANTE TITULAR CPHS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA**  **INTEGRANTE TITULAR CPHS** | **NOMBRE Y FIRMA**  **INTEGRANTE TITULAR CPHS** |

**Firmas integrantes suplentes u otros/as asistentes al CPHS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA** | **NOMBRE Y FIRMA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA** | **NOMBRE Y FIRMA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA** | **NOMBRE Y FIRMA** |

Nota1: En caso de ausencia de presidente/a y/o secretario/a, podrá ser reemplazado solamente por integrantes titulares.