Fecha: <INDICAR FECHA DE CONFORMACIÓN>

Organización: <NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN>, RUT: <RUT DE LA ORGANIZACIÓN>.

Nombre Centro de Trabajo[[1]](#footnote-1): <NOMBRE CENTRO DE TRABAJO>, Dirección: <DIRECCIÓN Y COMUNA>.

En este documento se indican los miembros que conforman el comité de aplicación (CdA), responsable de la correcta y fructífera aplicación del Protocolo de Riesgos Psicosociales del Ministerio de Salud de Chile en concordancia con el Manual del Método del Cuestionario SUSESO-ISTAS21 establecido por la Superintendencia de Seguridad Social.

**Representantes de los trabajadores:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidos | Representa a | Cargo | Correo | Firma |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |

**Representantes del empleador:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidos | Representa a | Cargo | Correo | Firma |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |

**Secretario Ejecutivo de CdA (debe ser uno de los miembros antes indicados):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidos | Representa a | Cargo | Correo | Firma |
|  | <TIPO REP> |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| <INDICAR NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL>. <INDICAR CARGO DE REPRESENTANTE LEGAL>. <INDICAR NOMBRE DE ORGANIZACIÓN> |

1. Cada Centro de Trabajo debe contar con un Comité de Aplicación asignado. [↑](#footnote-ref-1)