

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LESIONES Y ENFERMEDADES

<b>PELIGRO</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Requiere Trabajo</b>	<b>Fecha Meta de Terminación</b>	<b>Fecha de Terminación</b>
¿Se tiene un Programa de Prevención de Lesiones y Accidentes efectivo y por escrito?				
¿Existe una persona responsable y con la autoridad necesaria para manejar las actividades generales del Programa de Prevención de Lesiones y Accidentes?				
¿Se tiene un sistema para identificar y evaluar los peligros del ámbito de trabajo?				
¿Se corrigen sistemáticamente estos peligros con rapidez?				
¿Se proporciona entrenamiento tanto en general como sobre prácticas de trabajo seguras y específicas?				
¿Se promueve la participación de los empleados en asuntos de salud y seguridad?				
¿Se mantiene un programa activo de entrenamiento de seguridad?				
¿Se tiene un sistema en operación que asegure que los empleados reciban reconocimiento por prácticas de trabajo seguras y saludables?				
¿Se disciplina a los empleados por actos peligrosos a la seguridad o nocivos a la salud?				
¿Existe un comité de seguridad empleados/gerencia? <b>(Opcional)</b>				
Si no existe un comité de seguridad, ¿se tiene en operación un sistema para comunicarle a los empleados asuntos relacionados con la seguridad y la salud?				
En predios de construcción, ¿se tiene en tableros de aviso el Código de Prácticas Seguras?				
¿Se celebran reuniones de talleres de trabajo cada 10 días, o más a menudo si se requiere?				

_____ Nombre	_____ Fecha
-----------------	----------------