|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE POSTULACIÓN****PARA EL OTORGAMIENTO DEL PREMIO** **“COMPARTIENDO BUENAS PRÁCTICAS** **EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2015”** **CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN A.G.****MUTUAL DE SEGURIDAD CCHC** |

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE.** |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIA CChC POSTULANTE:** |  |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE PRESENTA LA BUENA PRÁCTICA:** |  |
| **DOMICILIO EMPRESA:** |  |
| **TELÉFONO EMPRESA:** |  |
| **PERSONA CONTACTO:** |  |
| **TELÉFONO PERSONA CONTACTO:** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO PERSONA CONTACTO:** |  |

|  |
| --- |
| **2. CATEGORÍAS DE POSTULACIÓN.** (MARQUE CON UNA “X” EN UNA SOLA CASILLA) |
| EN CASO DE POSTULAR A LA CATEGORÍA CONFIABILIDAD TÉCNICA, INDIQUE EL TIPO DE RIESGO QUE CONTROLA. |
| **CONFIABILIDAD TÉCNICA** |  | **RIESGO**(EN CASO DE TRATARSE DE LA CATEGORÍA DE CONFIABILIDAD TECNICA, INDICAR EL RIESGO QUE CONTROLA) |
| **SISTEMAS DE GESTIÓN** |  |  |
| **FACTORES HUMANOS Y ORGANIZACIONALES** |  |

|  |
| --- |
| **3. IDENTIFICACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA.** |
| **TÍTULO DE LA BUENA PRÁCTICA** | (INDICAR EL NOMBRE DE LA BUENA PRÁCTICA). |
| **¿QUÉ PROBLEMA RESUELVE?** | (SEÑALAR EL PROBLEMA QUE RESUELVE, SEGÚN LA CATEGORÍA A LA QUE POSTULA). |

|  |
| --- |
| **4. DETALLE DE LA BUENA PRÁCTICA.**(MÁXIMO 3 PLANAS. PUEDE INCLUIR ANTECEDENTES TALES COMO FOTOGRAFÍAS Y/O ESQUEMA DE APOYO) |
| 1. **INTRODUCCIÓN.**

INDICAR, EN MÁXIMO 5 LÍNEAS, LA RAZÓN QUE MOTIVA A LA EMPRESA A PRESENTAR SU BUENA PRÁCTICA A PARTICIPAR EN ESTE CONCURSO.1. **DESARROLLO.**

INDICAR LAS ETAPAS DE DESARROLLO DE LA BUENA PRÁCTICA. ESTAS ETAPAS SON:1. **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA QUE ENFRENTA LA EMPRESA**, QUE DA ORIGEN AL DESARROLLO DE SU BUENA PRÁCTICA.

PARA ESTE EFECTO, LA EMPRESA DEBERÁ ABORDAR Y DETALLAR:* PARA EL CASO DE **CATEGORÍA CONFIABILIDAD TÉCNICA**: LA DETECCIÓN DE DESVIACIONES O PROBLEMAS QUE GENERAN RIESGOS.
* PARA EL CASO DE LAS **CATEGORÍAS DE SISTEMAS DE GESTIÓN Y FACTORES HUMANOS Y ORGANIZACIONALES:** LOS ESTÁNDARES BAJO NORMA O SITUACIONES PUNTUALES EN LAS QUE SE DESEA TRABAJAR.
1. **DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA**.

INDICAR CÓMO SE IMPLEMENTA LA BUENA PRÁCTICA AL INTERIOR DE LA EMPRESA (PASO A PASO), INCLUYENDO LOS COSTOS MONETARIOS, LOS RECURSOS HUMANOS Y/O MATERIALES, LOS TIEMPOS DE EJECUCIÓN ASOCIADOS, ENTRE OTROS.1. **ANALISIS DE RESULTADOS.**

INDICAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA EN SU EMPRESA. SE RECOMIENDA UTILIZAR INDICADORES TALES COMO: 1. HORAS HOMBRE DE CAPACITACIÓN.
2. % DE DISMINUCIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO EN UN TIEMPO ESTABLECIDO POR SU EMPRESA, QUE PERMITA VER LA TENDENCIA DE LA BAJA DE ÉSTE PARÁMETRO, CON LA APLICACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA.
3. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN, EXPRESADAS EN %, PARA MEDIR EL IMPACTO EN EL PÚBLICO OBJETIVO AL QUE SE DIRIGIÓ LA BUENA PRÁCTICA.
4. CUALQUIER OTRO INDICADOR QUE SEA MEDIBLE DE MANERA CUALITATIVA Y/O CUANTITATIVA Y QUE PERMITA DEMOSTRAR EL EFECTO QUE TUVO LA APLICACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA EN SU EMPRESA.
5. **CONCLUSIÓN.**

INDICAR LOS BENEFICIOS QUE SE OBTUVIERON TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA, DETALLANDO SI SE CUMPLIERON CON LAS EXPECTATIVAS PREVISTAS.1. **OTROS ANTECEDENTES.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADJUNTA ANTECEDENTES ADICIONALES TALES COMO ESQUEMA DE APOYO, FOTOGRAFÍAS U OTRO DOCUMENTO.** | **SI** |  |
| **NO** |  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA POSTULACIÓN** | \_\_ de julio / agosto de 2015 |

 |

Favor completar este formulario y enviar vía correo electrónico a buenaspracticas@mutual.cl, hasta el día 31 de agosto de 2015.