|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En caso de tratarse de una actualización o una renovación escriba el código de la Comisión | Nombre del centro de trabajo | | | | | | | | | | | | | | Cédula jurídica del MEP | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | **2100042002** | | | | |
| Dirección regional: |  | | | | | | Circuito educativo: | |  | | | | Código Presupuestario: | | | | |  | |
| Teléfono del centro de trabajo: |  | | | | N° total de personas trabajadoras en la Institución (Todas las personas no sólo docentes) | | | | | |  | | | Hombres | | | | | Mujeres |
|  | | | | |  |
| Dirección exacta del centro de trabajo |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | Cantón: | | |  | | | | | | Distrito | | | | |  | | | |
| Correo electrónico del centro de trabajo: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos del director (a) | |  | | | | | | | | | | | | | | Cédula: | | | | |
| **DATOS DE LA COMISIÓN DE SALUD OCUPACIONAL (Revise el pie de página)[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto al interior de la Comisión | Nombre y apellidos | | | Cedula (no use guiones y siga el formato 000000000) | | | | **Marque P o T según se trate de un Representante patronal o de los trabajadores (**esto siempre debe estar marcado según corresponda**)** | | | | | | **Correo electrónico oficial** según lo estipulado en la circular DM-0014-05-2019, este correo será compartido con el Consejo de Salud Ocupacional | | | | | | | |
| Coordinador (a) |  | | |  | | | | P | | T | | | |  | | | | | | | |
| Secretario (a) |  | | |  | | | | P | | T | | | |  | | | | | | | |
| Integrante |  | | |  | | | | P | | T | | | |  | | | | | | | |
| Integrante |  | | |  | | | | P | | T | | | |  | | | | | | | |
| Integrante |  | | |  | | | | P | | T | | | |  | | | | | | | |
| Integrante |  | | |  | | | | P | | T | | | |  | | | | | | | |

**Boleta de inscripción o actualización para la Comisión de Salud Ocupacional ante el Consejo de Salud Ocupacional (no olvide leer el pie de página)**

Firma digital o física del Director (a):

1. Recuerde que la Comisión de Salud Ocupacional debe tener una conformación paritaria (Decreto 39408-MTSS), es decir que la cantidad de representantes patronales (artículo 5 del Código de Trabajo administrativos o que realicen funciones administrativas) y de los trabajadores (artículo 4 del Código de Trabajo cualquier persona que labore en el centro de trabajo) debe ser igual, por lo tanto la Comisión siempre tiene un número par de personas, la cantidad mínima de integrantes de la comisión depende del número de trabajadores: De 10 a 50 personas trabajadoras: deben estar integradas, como mínimo, por dos personas. De 51 a 250 personas trabajadores: deben estar integradas, como mínimo, por 4 personas. **Llene sólo los espacios de los integrantes que necesite, no necesariamente debe llenar todos,** esta boleta se debe enviar al correo [lauren.arrieta.castillo@mep.go.cr](mailto:lauren.arrieta.castillo@mep.go.cr) (En el caso de que usted haya hecho la actualización directamente en el PCT aún así debe enviar la boleta) [↑](#footnote-ref-1)