**FORMATO ÚNICO DE REGISTRO DE CANDIDATURAS**

**INSTRUCCIONES**

Este formato debe llenarse conforme con los siguientes requisitos:

1. Llene todos los espacios en blanco con la información que se le solicita.
2. Describa la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo de la manera más clara posible.
3. Si necesita más espacio para ingresar información, podrá ampliar o contraer los campos de acuerdo a su requerimiento.
4. No modifique este formato. **Cualquier modificación podría ser motivo de rechazo de la candidatura.**
5. La extensión máxima del documento con el formato predeterminado será de 30 páginas.
6. El tipo y tamaño de letra para ingresar toda la información será Arial de 11 puntos a espacio sencillo. Es importante no cambiar el tamaño de la fuente y el interlineado.
7. Evite usar abreviaturas y/o siglas, y en caso de utilizarlas indique su significado inmediatamente después de referirlas.
8. En caso de ser necesario, inserte y haga referencia a tablas, gráficas o mapas. Asegúrese que todos los elementos gráficos sean legibles.
9. El formato contiene una versión en resumen y una versión extensa. La versión en resumen servirá como primer filtro para la evaluación y selección de las candidaturas.

**Información de la empresa o persona física con actividad empresarial**

**Llene cada espacio con la información solicitada. Revise que todos los datos proporcionados sean correctos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación o razón social de la empresa o nombre completo para persona física con actividad empresarial** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Nombre de la candidatura** | | | | | | |
| (Escriba el nombre de la candidatura tal como aparece en la base cuarta de la Convocatoria) | | | | | | |
| **Domicilio fiscal** | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |
| **Calle y número** | | **Colonia/Zona Industrial** | | **C.P.** | **Municipio/Alcaldía** | **Estado** |
| **Domicilio del centro laboral donde se generó la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo. Llenar sólo en caso de que el domicilio sea diferente al fiscal** | | | | | | |
|  |  | | |  |  |  |
| **Calle y número** | **Colonia/Zona Industrial** | | | **C.P.** | **Municipio/Delegación** | **Estado** |
| **Número total de trabajadores en el centro de trabajo** | | | (Escriba el número total de trabajadores en el centro de trabajo, no en la empresa en general) | **Tamaño de la Empresa** | | (Escriba el tamaño de la empresa de acuerdo con la clasificación de la base quinta de la Convocatoria) |
| **Principal actividad o sector de la empresa** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Sindicato o cámara empresarial a la que está afiliada la empresa o persona física** | | | | | | |
| (En caso de estar afiliado a un sindicato o cámara empresarial, indicar cuál) | | | | | | |
| **¿Cómo te enteraste de la Convocatoria de los Premios Prevencionar México?** | | | | | | |
| (Indique el medio de comunicación, empresa o institución mediante el cual se enteró de la Convocatoria) | | | | | | |

**Información del representante legal de la empresa que respalda la información presentada**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del representante legal, indicado en el poder notarial** | | | | | | | **Cargo que ocupa actualmente dentro de la empresa** | |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | | | **Nombre(s)** | | |
|  |  | | |  | | |  | |
| **Correo electrónico** | | **Teléfono** **de oficina**  **(incluir Lada y extensión)** | | | | **Teléfono celular o particular**  **(incluir Lada)** | | |
| **Lada** | **Número** | | **Extensión** | **Lada** | | **Número** |
|  | |  |  | |  |  | |  |

**Información del contacto que registra la práctica, medida preventiva o intervención en Seguridad y Salud en el Trabajo o de retorno seguro al trabajo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la persona responsable del registro y seguimiento de la práctica, medida o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo** | | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | **Apellido Materno** | | **Nombre(s)** | | | | **Cargo que ocupa actualmente dentro de la empresa** | |
|  | |  | |  | | | |  | |
| **Correo electrónico** | **Teléfono** **de Oficina**  **(Incluir Lada y Extensión)** | | | | | **Teléfono Celular o Particular (Incluir Lada)** | | | |
| **Lada** | | **Número** | | **Extensión** | | **Lada** | | **Número** |
|  |  | |  | |  | |  | |  |

**RESUMEN DE LA PRÁCTICA, MEDIDA PREVENTIVA O INTERVENCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO O DE RETORNO SEGURO AL TRABAJO**

1. **Llene cada espacio con la información solicitada. No incluya datos personales o confidenciales de la empresa.**
2. **Desarrolle esta sección en máximo 5 páginas.**

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACIÓN** |
| (Escriba una breve reseña del origen de la organización, en máximo 20 renglones) |
| **Evidencia fotográfica** |
| (Incluir máximo 4 fotografías) |

|  |
| --- |
| **ORIGEN DE LA PRÁCTICA, MEDIDA PEREVENTIVA O INTERVENCIÓN EN SST O DE RETORNO SEGURO AL TRABAJO** |
| (Escriba una breve reseña de cómo surgió la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo, en máximo 20 renglones). |
| **Evidencia fotográfica** |
| (Incluir máximo 5 fotografías de la situación que dio origen a la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo). |

|  |
| --- |
| **DISEÑO Y METAS DE LA PRÁCTICA, MEDIDA PREVENTIVA O INTERVENCIÓN EN SST O DE RETORNO SEGURO AL TRABAJO** |
| (Escriba una breve reseña de cómo se diseñó la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo, así como de las metas que se establecieron para su implementación, en máximo 20 renglones). |
| **Evidencia fotográfica** |
| (Incluir máximo 4 fotografías sobre el diseño de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo). |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPLEMENTACIÓN DE LA PRÁCTICA, MEDIDA PREVENTIVA O INTERVENCIÓN EN SST O DE RETORNO SEGURO AL TRABAJO** | |
| (Escriba una breve reseña de en qué consiste la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo, en máximo 30 renglones). | |
| **Proceso de implementación de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo** | **Descripción** |
| **Indicadores de seguimiento de las metas** | Explique brevemente qué indicadores se establecieron para el seguimiento de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo) |
| **Medición del seguimiento de las metas** | (Explique brevemente qué instrumentos se utilizaron para medir el avance progresivo en el cumplimiento las metas de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo) |
| **Número de trabajadores involucrados** |  |
| **Horas-hombre aproximadas invertidas en la implementación** |  |
| **Costo estimado de la implementación** |  |
| **Evidencia fotográfica** | |
| (Incluir máximo 5 fotografías de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo). | |

|  |  |
| --- | --- |
| **RESULTADOS E IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PRÁCTICA, MEDIDA PREVENTIVA O INTERVENCIÓN EN SST O DE RETORNO SEGURO AL TRABAJO** | |
| **Proceso de evaluación de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo** | **Resultados** |
| **Medición final de las metas alcanzadas y/o de los avances respecto de las metas seguidas.** | (Indique brevemente los resultados de los procedimientos de medición del cumplimiento de las metas de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo) |
| **Impacto general** | (Indique brevemente cuál fue el impacto interno y externo de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo) |

**PRÁCTICA, MEDIDA PREVENTIVA O INTERVENCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO O DE RETORNO SEGURO AL TRABAJO**

|  |
| --- |
| **PRÁCTICA, MEDIDA PREVENTIVA O INTERVENCIÓN EN SST O DE RETORNO SEGURO AL TRABAJO** |
| (Explique de forma clara y concisa en qué consiste la práctica en SST, medida preventiva o intervención o de retorno seguro al trabajo concursante. Hágalo en mínimo 1 página, máximo 3 páginas) |

**ASPECTOS NO VALORATIVOS**

*Esta sección sólo servirá para que los evaluadores tengan un marco de referencia respecto del entorno en el cual se desarrolló la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo.*

|  |
| --- |
| **ORGANIZACIÓN**  *Esta sección no es valorativa.* |
| **Principios empresariales de la organización** |
|  |
| **Principios empresariales de la organización en Seguridad y Salud en el Trabajo** |
|  |
| **Productos y/o servicios de la organización** |
|  |
| **Reconocimientos que la organización ha recibido** |
|  |
| **Organigrama**  **(ubique en él el área o áreas responsables de la gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo y Servicios de Medicina del Trabajo)** |
|  |

**ASPECTOS VALORATIVOS**

*No se debe omitir información en esta sección ya que es esencial para la valoración de la candidatura. En caso de no contar con la información requerida en algún punto, haga favor de indicarlo.*

1. **Liderazgo/Equipo de Trabajo**

**Proporcione información sobre la organización del equipo de trabajo que desarrolló la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo**

|  |
| --- |
| **Liderazgo y trabajo en equipo** |
| * 1. **Mencione el o los nombres de los trabajadores que tuvieron la iniciativa de desarrollar la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo.** |
|  |
| * 1. **Mencione quiénes participaron en el desarrollo de la práctica en SST o de retorno seguro al trabajo (trabajadores, clientes, proveedores u otras áreas de la empresa, etc.) y especifique cuáles fueron las actividades que realizó cada uno de los actores involucrados.** |
|  |

1. **Origen, diseño e implementación de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo**

**Proporcione información sobre el origen, diseño e implementación de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo**

| * 1. **Origen** |
| --- |
| * + 1. **Describa la situación que dio origen a la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo.** |
|  |
| * + 1. **¿Cuál es el objetivo concreto de la práctica, medida preventiva e intervención en SST o de retorno seguro al trabajo?** |
|  |

| * 1. **Diseño** |
| --- |
| * + 1. **Mencione y describa los métodos o herramientas de análisis que se utilizaron para evaluar la pertinencia de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo, así como para diseñarla (puede incluir fotografías).** |
|  |
| * + 1. **Describa la meta o metas de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo y los beneficios esperados** |
|  |

|  |
| --- |
| * 1. **Implementación** |
| * + 1. **¿Qué indicadores se establecieron para medir el cumplimiento de las metas de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo?** |
|  |
| * + 1. **¿Cómo se midió el cumplimiento de las metas (por ejemplo, con el uso de indicadores o índices estadísticos, comparativos, etc.)?** |
|  |
| * + 1. **¿Cuántos trabajadores participaron en la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo? Puede desglosar la respuesta de acuerdo con los criterios que considere pertinentes.** |
|  |
| * + 1. **¿Cuál fue el promedio de horas-hombre invertidas en la implementación de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo? Puede desglosar la respuesta de acuerdo con los criterios que considere pertinentes.** |
|  |
| * + 1. **¿Cuál fue el costo aproximado de la implementación de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo? Puede desglosar la respuesta de acuerdo con los criterios que considere pertinentes.** |
|  |

1. **Resultados e impacto de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo**

**Proporcione información sobre el impacto generado por la práctica medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo.**

|  |
| --- |
| * 1. **Evaluación de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo** |
| * + 1. **¿Cuáles fueron los resultados finales respecto de las metas de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo? Tome en cuenta los resultados arrojados por los instrumentos de medición del cumplimiento de las metas (indicadores o índices estadísticos, comparativos, etc.)** |
|  |
| * + 1. **¿Cuál fue el impacto general de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo en el centro de trabajo?** |
|  |

| * 1. **Beneficios para la empresa** |
| --- |
| * + 1. **¿Cuáles fueron los beneficios de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo relacionados con la reducción de riesgos de trabajo (accidentes y enfermedades del trabajo), así como con sus costos asociados?** |
|  |
| * + 1. **¿Cuáles fueron los beneficios de la práctica medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo para la productividad de la empresa?** |
|  |
| * + 1. **¿La práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo generó o fortaleció competencias laborales entre los trabajadores participantes? De responder afirmativamente, favor de describir cuáles fueron esos conocimientos, habilidades o actitudes.** |
|  |

| * 1. **Entorno** |
| --- |
| **¿La práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo tuvo impacto al exterior de la empresa (familia, comunidad, entidad, país, medio ambiente, desarrollo de proveedores locales, número de empleos directos e indirectos generados, etc.)? De responder afirmativamente, favor de describir de manera cuantitativa y cualitativa cómo se midió ese impacto.** **Se recomienda incluir fotografías y/o gráficas** |
|  |

1. **Soporte documental**

**Proporcione información documental, audiovisual y estadística sobre el impacto generado por la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo.**

| * 1. **Soporte documental** | |
| --- | --- |
| **Favor de indicar qué soporte documental, audiovisual y estadístico se generó en cada una de las etapas de la práctica, medida preventiva o intervención en SST o de retorno seguro al trabajo. Deberá entregarse un anexo de acuerdo con lo establecido en la Convocatoria con todos los documentos referidos en la siguiente tabla.** | |
| **Fase** | **Soporte documental, audiovisual y estadístico** |
| **Diseño** |  |
| **Implementación** |  |
| **Evaluación de resultados** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre completo y firma**  
del representante legal de la empresa o de la persona física con actividad empresarial que respalda la información presentada

**Nota: Favor de revisar que todos los datos capturados en el formato sean correctos**