**PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**Empresa: Fecha:**

**Domicilio: Área:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades para realizar** | | **Fecha** | | **Responsable del**  **seguimiento** |
| **Preventiva** | **Correctiva** | **Inicio** | **Termino** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Acciones y programas de promoción a la salud** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Acciones de prevención integral de las adicciones** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Acciones de atención de emergencias y contingencias sanitarias** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Nombre y firma del responsable del programa**

**Nombre y firma**