

**DECLARACIÓN JURADA Y CERTIFICADO**

YO, \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_

representante legal de la empresa \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_, ambos con domicilio en \_\_\_\_\_

DECLARO BAJO JURAMENTO ante el Inspector del Trabajo, conforme a lo dispuesto en el Art. 23 del D.F.L. N° 2, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo siguiente:

1. Que, la citada empresa, al **30 de abril de 2017** tiene un total de \_\_\_\_\_ trabajadores.
2. Que la presente declaración la hago con pleno conocimiento de las responsabilidades civiles y penales a que me veré enfrentado en el evento de entregar datos que no corresponden a la realidad.
3. Por otra parte, **CERTIFICO: (SÓLO PARA EMPRESAS DE MÁS DE 25 TRABAJADORES)**
  - a. Que el total de Comités Paritarios de Higiene y Seguridad de la empresa es de: \_\_\_\_\_
  - b. Que el (los) lugar(es) en donde está(n) ubicado(s) el (los) Comités Paritarios y los nombres, RUT y domicilio particular de los miembros titulares representantes de los trabajadores en cada uno de los Comités Paritarios existentes son:

**DIRECCIÓN COMITÉ PARITARIO**

Calle y N° \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

**INTEGRANTES DEL COMITÉ PARITARIO REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES**

R.U.T.	NOMBRE	DOMICILIO	ANTIGÜEDAD	
			Empresa	CPHS

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma**  
**Representante Legal de la empresa**

Los miembros del Comité Paritarios de Higiene y Seguridad que suscriben, dan cuenta de la fidelidad de los datos entregados por el representante legal de la empresa.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma**                      \_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma**                      \_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma**

**CERTIFICACIÓN DIRECCION DEL TRABAJO**

En base a la Declaración Jurada y Certificado precedente, el Fiscalizador que suscribe, con fecha \_\_\_\_\_ CERTIFICA que la cantidad de trabajadores de la empresa individualizada en el citado documento, al 30.04.2017, es de \_\_\_\_\_, ello en conformidad y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 13 del DFL N° 285, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma Fiscalizador**