

 Ministerio de Ambiente y Energía	CERTIFICADO VOLUNTARIO DE BUENAS PRÁCTICAS FORESTALES	 Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca
Fecha de Emisión ____/____/____	FORMULARIO PARA AUTOEVALUACIÓN	No: MAGP-SPF-202__-0____-CVBPF

FICHA 1. INCIDENTES Y PROTECCIÓN.
SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES ILEGALES Y PROTECCIÓN
Registro de actividades ilegales observadas
¿Se han observado actividades ilegales dentro o alrededor del predio? ☐ Si ☐ No
Actividades ilegales identificadas: -Actividad: *descripción (incluya actores involucrados y lugar) ... -Actividad: *descripción (incluya actores involucrados y lugar) ... - - -
¿Se realiza patrullaje?, ¿quién lo hace? ☐ Si, trabajadores ☐ Sí, entidad externa (Nombre) ☐ No
Frecuencia: 1 vez a la semana ☐ 1 vez al mes ☐ 1 vez cada 3 meses ☐
¿Existe señalética de prohibiciones en el predio? ☐ Si ☐ No
Medidas de control implementadas
1. 2. 3. . . .
Complementos (en caso de tener fotografías, mapa o croquis, documento de la entidad externa, cartas de denuncia, etc.)
Firma de responsable
Nombre:

 Ministerio de Ambiente y Energía	CERTIFICADO VOLUNTARIO DE BUENAS PRÁCTICAS FORESTALES	 Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca
Fecha de Emisión ____/____/____	FORMULARIO PARA AUTOEVALUACIÓN	No: MAGP-SPF-202__-0____-CVBPF

CONTROVERSIAS	
Utilice el siguiente formato, cuantas veces sea necesario y registre todas las controversias que suceden*	
Registro de Controversias Fecha de registro: Actores involucrados: - - - - Descripción de la controversia: ¿Se ha llegado a una solución entre los actores? ☐ Si ☐ No Descripción de la solución encontrada (si escogió “Sí”) o las alternativas propuestas (si escogió “No”): ¿Ha participado un mediador? ☐ Si ☐ No Nombre: Teléfono: Firma de responsable Nombre:	

 Ministerio de Ambiente y Energía	CERTIFICADO VOLUNTARIO DE BUENAS PRÁCTICAS FORESTALES	 Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca
Fecha de Emisión ____/____/____	FORMULARIO PARA AUTOEVALUACIÓN	No: MAGP-SPF-202__-0____-CVBPF

ACCIDENTES LABORALES				
Utilice el siguiente formato (cuantas veces sea necesario) y registre todos los accidentes que suceden*				
Registro de Accidentes				
Lugar:		Cargo:		
Fecha del Accidente:		Hora del Accidente:		
Tipo de Accidente: (puede escoger varias casillas)	☐ Daño a personas.	☐ Daño a materiales	☐ Daño al Ambiente	☐ Otro (especifique)
Nombre del Accidentado:			Cédula de Identidad:	
Testigos: ☐ Si ☐ No	Nombres:			
Gravedad:	☐ Registrable	☐ Con tiempo perdido	☐ Fatalidad	
Tiempo perdido en días (En caso de haber seleccionado “Con tiempo perdido”):				
Descripción (incluya actores y objetos involucrados, lesión o daño causado a la persona y/o a los objetos). 				
Acciones tomadas (para la salud del accidentado, la seguridad futura de otros trabajadores, el cuidado de objetos y materiales o el medio ambiente)				
1. 2. 3. . . .				
Respaldos (receta médica, diagnóstico, facturas de farmacia, de mecánico, etc.) 				
Firma de responsable 				
Nombre:				