



Suplemento de plan de seguridad

| | | |
|--|----------------------|---|
| Nombre(s) del (de los) menor(es): | Trabajador/a: | Fecha/hora en que fue completado el Plan de seguridad: |
|--|----------------------|---|

PELIGRO ESPECÍFICO PARA EL BIENESTAR DEL MENOR:

| Acciones inmediatas necesarias para mantener al (a los) menor(es) seguro(s): | ¿Quién estará a cargo? | ¿Cuál es la fecha límite? | ¿Cómo se verificará? | Iniciales de todas las personas involucradas en esta acción |
|--|------------------------|---------------------------|----------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PELIGRO ESPECÍFICO PARA EL BIENESTAR DEL MENOR:

| Acciones inmediatas necesarias para mantener al (a los) menor(es) seguro(s): | ¿Quién estará a cargo? | ¿Cuál es la fecha límite? | ¿Cómo se verificará? | Iniciales de todas las personas involucradas en esta acción |
|--|------------------------|---------------------------|----------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

