

LOGOTIPO

OAL

ANEXO N°9
ELEMENTOS MÍNIMOS VERSION IMPRESA
VERIFICACIÓN DE MEDIDAS

Fecha de emisión				N° Documento Verificación			
EMPLEADOR							
RUT empleador				Razón Social			
Reglamento HS				Dpto. Prevención			
CENTRO DE TRABAJO							
Rol empresa en CT				RUT Principal CT			
Nombre del CT							
Dirección		Calle					
		Número		Otra referencia			
		Localidad		Comuna			
Actividad CT							
Total Trabajadores							
Comité Paritario				Exp. Prevención		Hrs/Sem	
Fecha inicio CT				Termino conocido		Fecha	
VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS							
Fecha de Verificación				N° Documento de Prescripción			
Folio N°		Estado de cumplimiento		(1) Cumple medida prescrita por el OA (2) Cumple medida equivalente o superior, distinta a la prescrita (3) No cumple			
Fecha de cumplimiento				Observaciones			
Folio N°		Estado de cumplimiento		(1) Cumple medida prescrita por el OA (2) Cumple medida equivalente o superior, distinta a la prescrita (3) No cumple			
Fecha de cumplimiento				Observaciones			
Folio N°		Estado de cumplimiento		(1) Cumple medida prescrita por el OA (2) Cumple medida equivalente o superior, distinta a la prescrita (3) No cumple			
Fecha de cumplimiento				Observaciones			

PROFESIONAL DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR							
Nombres				Apellido Paterno		Apellido Materno	
RUT				Email			

Firma

REPRESENTANTE DEL CENTRO DE TRABAJO O EMPRESA A QUIEN SE NOTIFICA				
Nombres		Apellido Paterno		Apellido
RUT		Email		
Observación				

Fecha de notificación informe:

_____ Firma

INSTRUCCIONES DE LLENADO

ENCABEZAMIENTO

1. Fecha de Emisión: Anote el día, mes y el año en que está llenando este formulario (dd-mm-aaaa)
2. N° Documento Verificación: Número que identifica de manera única el documento, es asignado por el respectivo organismo administrador de la Ley N°16.744

EMPLEADOR

3. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
4. Razón Social: Anote nombre de la entidad empleadora o empleador (evite el uso de siglas y abreviaturas).
5. Reglamento HS: Señalar si la empresa cuenta (Si o No) con el Reglamento de Higiene y Seguridad
6. Dpto. Prevención: Señalar si la empresa cuenta (Si o No) con Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales o de Faena

CENTRO DE TRABAJO

7. Rol empresa en CT: Señale si la empresa es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios
8. RUT Principal CT: Si la empresa a la que pertenece el centro de trabajo evaluado, es contratista o subcontratista, señale RUT de la empresa principal. Si no existen trabajadores en régimen de subcontratación, anote el RUT de la empresa evaluada.
9. Nombre del CT: Señale el nombre que la asigna la empresa evaluada al centro de trabajo evaluado.
10. Dirección (Tipo calle: avenida, calle o pasaje, nombre de la calle, número, otra referencia, localidad y comuna): Anote el domicilio en que se encuentra el centro de trabajo. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
11. Actividad CT: Señale la actividad que se realiza o desarrolla en el centro de trabajo
12. Total trabajadores: Anote el número total de trabajadores del centro de trabajo
13. Comité Paritario: Señale si existe o no (Si o No) Comité Paritario de Higiene y Seguridad en el centro de trabajo
14. Experto en Prevención: Señale si existe o no, un experto en prevención en el centro de trabajo
15. Hrs/Sem: Anote el número de horas semanales que el experto le dedica al centro de trabajo evaluado, cuando corresponda
16. Fecha inicio CT: Señale la fecha de inicio de las actividades del centro de trabajo
17. Término conocido: Señale (Si o No) si se conoce una fecha de término o de cierre del centro de trabajo
18. Fecha: Anote la fecha de término del centro de trabajo, según corresponda (dd-mm-aaaa)

PRESCRIPCIÓN DE MEDIDAS

19. Fecha de verificación: Anote la fecha en que se realiza la verificación del cumplimiento de las medidas prescritas
20. N° Documento de Prescripción: Anote el número que aparece en el campo "Documento N°" del documento de prescripción de medidas
21. Folio N°: Número incremental que asigna el organismo administrador a cada medida prescrita, debe ser igual al registrado en el documento de prescripción de medidas
22. Estado de cumplimiento: Marcar si cumple la medida prescrita por el organismo administrador (OA), cumple medida equivalente o superior, distinta a la prescrita, o No cumple
23. Fecha de cumplimiento: Anote la fecha en que el empleador dio cumplimiento a la medida (dd-mm-aaaa)
24. Observaciones: Señale las observaciones o comentarios que correspondan.

PROFESIONAL DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR

26. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del profesional que verifica el cumplimiento de las medidas prescritas
27. RUT: RUN o RUT de la persona que verifica el cumplimiento de las medidas prescritas
28. Email: Anote la dirección del correo electrónico del profesional que verifica el cumplimiento de las medidas prescritas

REPRESENTANTE DEL CENTRO DE TRABAJO O EMPRESA A QUIEN SE NOTIFICA

29. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del representante del centro o empresa a quien se notifica la verificación del cumplimiento de las medidas prescritas
30. RUT: RUN o RUT de del representante del centro o empresa a quien se notifica la verificación de medidas
31. Email: Anote la dirección del correo electrónico del representante del centro o empresa a quien se notifica la verificación de medidas
32. Fecha de notificación informe: Anote el día, mes y año (dd-mm-aaaa) en que se entrega este documento al representante del centro o empresa a quien se notifica la verificación de medidas
33. Firma: El representante del centro o empresa a quien se notifica, debe firmar este documento
34. Observación: Señale las razones por las que no fue posible notificar personalmente este documento e indique la fecha de su despacho por carta certificada