

ANEXO N°48
VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS INMEDIATAS

CUN	FECHA DE EMISIÓN DOCUMENTO	ORGANISMO	FECHA VERIFICACIÓN MEDIDAS INMEDIATAS

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	RUT	DIRECCIÓN (CALLE, N°, DEPTO, POBLACIÓN, VILLA, CIUDAD)	COMUNA

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

NOMBRE	RUT	DIRECCIÓN (CALLE, N°, DEPTO, POBLACIÓN, VILLA, CIUDAD)	COMUNA

MEDIDAS INMEDIATAS

MEDIDAS INMEDIATAS	CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS INMEDIATAS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumple medida prescrita por el OA. 2. Cumple implementando medida equivalente o superior, distinta a la prescrita por el OA. 3. No cumple 4. No cumple, implementando medida deficiente distinta a la prescrita por el OA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumple medida prescrita por el OA. 2. Cumple implementando medida equivalente o superior, distinta a la prescrita por el OA. 3. No cumple 4. No cumple, implementando medida deficiente distinta a la prescrita por el OA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumple medida prescrita por el OA. 2. Cumple implementando medida equivalente o superior, distinta a la prescrita por el OA. 3. No cumple 4. No cumple, implementando medida deficiente distinta a la prescrita por el OA

Información Informante Organismo Administrador

NOMBRE	RUT	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO

 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL EMPRESA

 FIRMA PREVENCIONISTA