

ANEXO N°18

Requisitos mínimos formulario impreso eDoc [N°142] RALF-Medidas.

Formulario de medidas correctivas inmediatas

CUN	FECHA DE EMISIÓN	ORGANISMO

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	RUT	DIRECCIÓN (CALLE, N°, DEPTO, POBLACIÓN, VILLA, CIUDAD)	COMUNA	NÚMERO DE TELÉFONO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° DE TRABAJADORES	PROPIEDAD DE LA EMPRESA	TIPO DE EMPRESA	PROMEDIO ANUAL DE TRABAJADORES

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

NOMBRE	RUT	DIRECCIÓN (CALLE, N°, DEPTO, POBLACIÓN, VILLA, CIUDAD)	COMUNA	NÚMERO DE TELÉFONO	
SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PUEBLO ORIGINARIO AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR	PAÍS	PROFESIÓN U OFICIO
FECHA DE INGRESO	TIPO DE CONTRATO	TIPO DE INGRESO	CATEGORÍA OCUPACIONAL		

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE	DIRECCIÓN (CALLE, N°, DEPTO, POBLACIÓN, VILLA, CIUDAD)	COMUNA

¿QUE PASÓ O CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

CRITERIO GRAVEDAD RALF	FECHA DEFUNCIÓN	LUGAR DEFUNCIÓN

MEDIDAS INMEDIATAS

MEDIDAS INMEDIATAS

FECHA NOTIFICACIÓN MEDIDAS INMEDIATAS

--

Información Informante Organismo Administrador

NOMBRES	APELLIDO MATERNO	APELLIDO PATERNO	RUT

FIRMA REPRESENTANTE EMPLEADOR EN LA FAENA

FIRMA PREVENCIÓNISTA

