



LOGO y NOMBRE
ORGANISMO ADMINISTRADOR

ANEXO VI

INFORME DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PRESCRITAS

Fecha del accidente: _____

Nombre del trabajador fallecido: _____ RUN: _____

Nombre de la Empresa: _____ RUT: _____

N°	Medida(s)Correctiva(s) Prescrita(s)	La medida fue implementada (SI /NO)	Ampliación del plazo* (SI / NO)	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

(*)Indique las razones para ampliar el plazo y el nuevo plazo en la columna Observaciones.

____/____/____ Fecha de verificación	Nombre y Firma de quien realiza la verificación
---	---

Este documento es auditable y deberá estar disponible en la empresa para las Autoridades Fiscalizadoras.