

ANEXO N°21
REQUISITOS MÍNIMOS FORMULARIO IMPRESO EDOC [N°146] RALF- VERIFICACIÓN
Formulario de verificación de medidas prescritas

CUN	FECHA DE EMISIÓN	ORGANISMO

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	RAZÓN	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

CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE CENTRO DE TRABAJO	DIRECCIÓN TIPO DE CALLE	DIRECCIÓN NOMBRE DE CALLE	DIRECCIÓN NÚMERO
DIRECCIÓN LOCALIDAD	DIRECCIÓN COMUNA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD TRABAJADORES	FECHA INICIO DEL CENTRO DE TRABAJO

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

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

¿QUE PASÓ O CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

CRITERIO GRAVEDAD RALF	FECHA DEFUNCIÓN	LUGAR DEFUNCIÓN

CUMPLIMIENTO MEDIDAS

FOLIO	MEDIDA	FECHA DE VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO DE MEDIDA	NUEVA FECHA DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES

Información Informante Organismo Administrador

NOMBRES	APELLIDO MATERNO	APELLIDO PATERNO	RUT

FIRMA PREVENCIÓNISTA