



LOGO y NOMBRE  
ORGANISMO ADMINISTRADOR

## ANEXO IV

### FORMULARIO DE MEDIDAS INMEDIATAS

Con motivo del accidente laboral ocurrido el día \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, en \_\_\_\_\_, comuna de \_\_\_\_\_, que ocasionó el fallecimiento de \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_-\_\_\_, trabajador(a) de la Empresa: \_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_-\_\_\_, se instruye a su representante Sr/a. \_\_\_\_\_, RUN: \_\_\_\_\_-\_\_\_, las siguientes medidas, las que deben ser implementadas en forma inmediata.

N°	Medida(s) Inmediata(s): (Señale sólo una de las medidas inmediatas en cada fila)	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
___/___/___ Fecha de Notificación	Nombre y Firma del Representante de la empresa	Nombre y Firma del investigador

**Este documento es auditable y deberá estar disponible en la dirección de la empresa donde ocurrió el accidente para las Autoridades Fiscalizadoras.**