



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.