

ANEXO N°11

INFORMA INCUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PRESCRITAS



Fecha: _____

DE: ORGANISMO ADMINISTRADOR _____

A: DIRECCIÓN DEL TRABAJO (DT); Y
SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD (SEREMI) _____

Por instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social, cumpla con informar a usted que la entidad empleadora individualizada, registra una(s) enfermedad(es) profesional(es) causada(s) por los siguientes factores de riesgo: _____ respecto de los cuales, no ha implementado las medidas correctivas prescritas por este organismo administrador (*), dentro del plazo fijado para dicho efecto.

I. Datos del Trabajador

1. Nombre:			
2. Rut:			
3. Edad:		4. Sexo (F/M):	
5 Dirección:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>	
6. Correo electrónico:			
7. N° de celular:			
8. N° teléfono fijo			

II. Identificación del Empleador

9. Nombre o Razón Social:			
10. Rut entidad empleadora:			
11. Representante Legal			
12. Dirección Casa Matriz:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna/ Región</i>	<i>Correo electrónico:</i>	
13. Teléfono Casa Matriz:	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	
14. Dirección de la Sucursal u Oficina	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna/ Región</i>	<i>Correo electrónico:</i>	
15. Teléfono Sucursal u Oficina	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	

III. Medidas instruidas e incumplidas (*)

--