

LOGOTIPO

OAL

ANEXO N°8

ELEMENTOS MÍNIMOS VERSION IMPRESA
PRESCRIPCIÓN DE MEDIDAS

| | | | |
|--|------------|------------------------------|------------------|
| Fecha de emisión | | N° Documento Prescripción | |
| EMPLEADOR | | | |
| RUT | | Razón Social | |
| Reglamento HS | | Dpto. Prevención | |
| CENTRO DE TRABAJO | | | |
| Rol empresa en CT | | RUT Principal CT | |
| Nombre del CT | | | |
| Dirección | Tipo Calle | | Nombre |
| | Número | | Otra referencia |
| | Localidad | | Comuna |
| Actividad CT | | | |
| Total trabajadores | | | |
| Comité Paritario | | Experto en Prevención | Hrs/Sem |
| Fecha inicio CT | | Término conocido | Fecha termino |
| PRESCRIPCIÓN DE MEDIDAS | | | |
| Folio N° | | Agente o factor de riesgo | |
| Deficiencia o incumplimiento | | | |
| Descripción de la medida | | | |
| Tipo de medida | | Inmediata | |
| Fecha de implementación | | | |
| Observaciones | | | |
| Folio N° | | Agente o factor de riesgo | |
| Deficiencia o incumplimiento | | | |
| Descripción de la medida | | | |
| Tipo de medida | | Inmediata | |
| Fecha de implementación | | | |
| Observaciones | | | |
| Folio N° | | Agente o factor de riesgo | |
| Deficiencia o incumplimiento | | | |
| Descripción de la medida | | | |
| Tipo de medida | | Inmediata | |
| Fecha de implementación | | | |
| Observaciones | | | |
| PROFESIONAL DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR | | | |
| Nombres | | Apellido Paterno | Apellido Materno |
| RUT | | Email | |

 Firma

| REPRESENTANTE DEL CENTRO DE TRABAJO O EMPRESA A QUIEN SE NOTIFICA | | | | |
|---|--|------------------|--|------------------|
| Nombres | | Apellido Paterno | | Apellido Materno |
| RUT | | Email | | |
| Observación | | | | |

Fecha de prescripción:

dd /mm /aaaa

Firma

INSTRUCCIONES DE LLENADO

ENCABEZAMIENTO

1. Fecha de Emisión: Anote el día, mes y el año en que está llenando este formulario (dd-mm-aaaa)
2. N° Documento Prescripción: Número que identifica de manera única el documento, es asignado por el respectivo organismo administrador de la Ley N°16.744

EMPLEADOR

3. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
4. Razón Social: Anote nombre de la entidad empleadora o empleador (evite el uso de siglas y abreviaturas).
5. Reglamento HS: Señalar si la empresa cuenta (Si o No) con el Reglamento de Higiene y Seguridad
6. Dpto. Prevención: Señalar si la empresa cuenta (Si o No) con Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales o de Faena

CENTRO DE TRABAJO

7. Rol empresa en CT: Señale si la empresa es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios
8. RUT Principal CT: Si la empresa a la que pertenece el centro de trabajo evaluado, es contratista o subcontratista, señale RUT de la empresa principal. Si no existen trabajadores en régimen de subcontratación, anote el RUT de la empresa evaluada.
9. Nombre del CT: Señale el nombre que la asigna la empresa evaluada al centro de trabajo evaluado.
10. Dirección (Tipo calle (avenida, calle o pasaje), nombre, Número, otra referencia, localidad, comuna): Anote el domicilio en que se encuentra el centro de trabajo. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
11. Actividad CT: Señale la actividad que se realiza o desarrolla en el centro de trabajo
12. Total trabajadores: Señale el número total de trabajadores del centro de trabajo
13. Comité Paritario: Señale si existe o no (Si o No) Comité Paritario de Higiene y Seguridad en el centro de trabajo y "No aplica" si corresponde a centros de trabajo con menos de 26 trabajadores.
14. Experto en Prevención: Señale si existe o no, un experto en prevención en el centro de trabajo.
15. Hrs/Sem: Anote el número de horas semanales que el experto le dedica al centro de trabajo evaluado, cuando corresponda
16. Fecha inicio CT: Señale la fecha de inicio de las actividades del centro de trabajo
17. Término conocido: Señale (Si) si se conoce una fecha de término o de cierre del centro de trabajo y (No), si no se conoce o es de duración indefinida.
18. Fecha: Anote la fecha de término del centro de trabajo, según corresponda (dd-mm-aaaa)

PRESCRIPCIÓN DE MEDIDAS

19. Folio N°: Número incremental que asigna cada organismo administrador a cada medida prescrita
20. Agente o factor de riesgo: Señale el agente o factor de riesgo que se controlará con la medida prescrita
21. Deficiencia o incumplimiento: Señale la deficiencia o incumplimiento al que dirige la medida prescrita
22. Descripción de la medida: autoexplicativo
23. Tipo de medida: Señale si la medida de control es de tipo administrativa, Ingenieril o protección personal.
24. Inmediata: Señale si corresponde a una medida inmediata (Si o No)
25. Fecha de implementación: Anote la fecha tope en que la medida prescrita debe ser implementada o cumplida por la entidad empleadora (dd-mm-aaaa)
26. Observaciones: Cuando corresponda, señale las razones que justifican que se haya dado un mayor plazo al definido.

PROFESIONAL DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR

27. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del profesional que realiza la prescripción de medidas.
28. RUT: RUN o RUT de la persona que realiza la prescripción de medidas.
29. Email: Anote la dirección del correo electrónico del profesional que realiza la prescripción de medidas

REPRESENTANTE DEL CENTRO DE TRABAJO O EMPRESA A QUIEN SE NOTIFICA

30. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del representante del centro o empresa a quien se notifica
31. RUT: RUN o RUT de del representante del centro o empresa a quien se notifica
32. Email: Anote la dirección del correo electrónico del representante del centro o empresa a quien se notifica
33. Fecha de prescripción: Anote el día, mes y año (dd-mm-aaaa) en que se entrega este documento al representante del centro o empresa a quien se notifica la prescripción de medidas.
34. Firma: El representante del centro o empresa a quien se notifica, debe firmar este documento
35. Observación: Señale las razones por las que no fue posible notificar personalmente este documento e indique la fecha de su despacho por carta certificada