

ANEXO N°20
REQUISITOS MÍNIMOS FORMULARIO IMPRESO EDOC [145] RALF-PRESCRIPCIÓN
Formulario de prescripción de medidas

CUN	FECHA DE EMISIÓN	ORGANISMO

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

--	--	--	--	--

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL 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 DENTERO

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

--	--	--	--	--

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

--

¿QUE PASÓ O CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

--	--	--

CRITERIO GRAVEDAD RALF FECHA DEFUNCIÓN LUGAR DEFUNCIÓN

MEDIDAS

Folio	DESCRIPCIÓN MEDIDA	PLAZO CUMPLIMIENTO

Información Informante Organismo Administrador

--	--	--	--

NOMBRES APELLIDO MATERNO APELLIDO PATERNO RUT

_____ FIRMA REPRESENTANTE EMPLEADOR EN LA FAENA

_____ FIRMA PREVENCIÓNISTA