*Día*

*Mes*

*Año*

*Año*

*Mes*

*Día*

*Dirección de la Empresa*

*Nombre o Razón Social de la Empresa*

*R.U.T Empresa*

*Teléfono de contacto de la Empresa*

*Nombre Representante de la Empresa*

*R.U.N Representante o contacto de la Empresa*

*Correo de contacto de la Empresa*

1. **Planificación Preventiva**

**Consolidado de Acciones Complementarias Relacionadas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ítem** | **Prescripción de acción y/o actividad requerida****¿Qué se debe hacer?** | **Responsable Ejecución y puesta en marcha****¿Quién?**  | **Fecha de seguimiento (Empresa)** |
| **Obl.** | **Confección, publicación y difusión de Política de Seguridad y Salud de la empresa.**  |  | \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_ |
| **Obl.** | **Cumplir con medidas propuestas en IPER.** |  | \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_ |
| **Obl.** | **Ejecutar y Finalizar los procesos relacionados con la Vigilancia ambiental y salud aplicables y pertinentes.** |  | \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_ |
| **Obl.**  | Otra… |  | \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_ |
|  |  |  | \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_ |