

FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES PREVENTIVAS (FUPP)

Sucursal receptora

Fecha recepción

Fecha envío

I. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: (Marque el o los servicios a solicitar)

ASESORÍA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS (Anexo 1)

- ASESORÍA BÁSICA PREVENTIVA (CAPACITACIÓN – SEÑALÉTICA – FORMATOS REGLAMENTO INTERNO)
- ASESORÍA EN TERRENO
- COMITÉ PARITARIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD
- PLAN DE EMERGENCIAS/CONTAMINANTES QUÍMICOS
- ASESORÍA POR FISCALIZACIÓN (SEREMI SALUD, DT, SAG, OTROS)
- VIGILANCIA OCUPACIONAL

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CUMPLIMIENTO (PAC) (Anexo 2)

OTRO PREVENCIÓN

(Especificar – inicio de faena – solíc. autoridad sanitaria – presentar reglamento interno – etc.): _____

II. TIPO DE SOLICITANTE:

Trabajador Dependiente

Empleador

Otro: _

Trabajador Independiente

III. DATOS DEL SOLICITANTE (* Datos Obligatorios):

Nombre completo *	
R.U.N.*	
Dirección Actual*	
Cuidad*	
Teléfono de contacto*	
Teléfono de contacto 2	
Correo Electrónico	

IV. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE (* Datos Obligatorios):

Razón Social *	
R.U.T.*	
Dirección Actual*	
Dirección Laboral Indicar lugar donde se desarrollará la actividad asociada a la solicitud.	
Cuidad*	
Teléfono de contacto*	
Teléfono de contacto 2	
Correo Electrónico	
Nombre Representante Legal*	

V. OBSERVACIONES: (Escriba observaciones pertinentes a la solicitud realizada)

NOMBRE Y FIRMA SOLICITANTE - N°C.I./ R.U.T

ANEXO 1

ANTECEDENTES PARA LA SOLICITUD DE ASESORÍA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS

- Poder notarial firmado por el representante legal de la entidad empleadora en la que se autorice al solicitante a requerir la realización de _____ a nombre de la correspondiente persona natural o jurídica, según corresponda (antecedente requerido sólo si la persona solicitante no es el mismo representante de la entidad empleadora).
- Fotocopia de carnet de identidad del representante legal de la entidad empleadora.
- Registro de Trabajador Independiente, la solicitud es de señalización de seguridad (este registro lo puede verificar el funcionario del Instituto al ingresar en sistemas).
- Otro Prevención (Especificar – inicio de faena – solíc. autoridad sanitaria – presentar reglamento interno – etc.):
-
-

PARA EL SOLICITANTE

1. Si su empleador está afiliado a alguna Mutualidad de Empleadores (Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de Seguridad C.CH.C. o Instituto de Seguridad del Trabajo), deberá solicitar el servicio en la que corresponda.
2. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas de cada uno de los servicios de prestaciones de prevención de riesgos.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Revise cuidadosamente los antecedentes y obtenga del interesado la información necesaria para identificar con claridad el tipo de servicio.
4. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante del formulario que incluya marca en casillas del Check List por los antecedentes recepcionados.

NOMBRE Y FIRMA RECEPTOR

NOMBRE Y FIRMA SOLICITANTE
N°C.I./R.U.T.