

## 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*	
Ciudad*	
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.	
Ciudad*	
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 2

### ANTECEDENTES PARA LA SOLICITUD DE INGRESO A PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CUMPLIMIENTO

Oficio de resolución de sustitución de multa.

Formulario de resolución de multa F-9.

Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

##### PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

##### 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. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA RECEPTOR

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