

**INFORME DE ACTIVIDADES
PRESTADORES DE SERVICIOS – CORPORACIÓN CULTURAL DE TEMUCO**

NOMBRE PRESTADOR DE SERVICIO	JOSE MIGUEL QUINTAS LATORRE	
FECHA INFORME	28 DE NOVIEMBRE 2024	BOLETA DE HONORARIOS N° 384
MES O DÍAS DE LA ACTIVIDAD (JORNADA)	NOVIEMBRE 2024	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EJECUTADA	ASESORÍA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y MATERIAS ASOCIADAS MES DE NOVIEMBRE 2024.	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	<p>Se ha efectuado asesoría en materia de Prevención de riesgos, mes de Noviembre 2024:</p> <p>Jueves 7 de Noviembre: Actualización RIOSH, Anexo Ley Karin y estadía para entrevistas referidos Con psicóloga de Mutual de Seguridad. (10 horas, desde las 09:30 hasta las 19:30 horas). Elaboración de ECT Ignacia Soto.</p> <p>Jueves 14 de Noviembre: Orden y preparación de carpeta prevención de riesgos, preparación material para difusión norma TMERT (2 Horas).</p>	

MINSAL
Ministerio del Interior
Ministerio de Salud

Solicitud de Evaluaciones de Condiciones Generales del Trabajo

Estimado Adherente:

Con el objeto de recopilar la mayor cantidad de antecedentes de condiciones generales del trabajo, que nos permita realizar un diagnóstico certero y adecuado del Señor(a): **IGNACIA FAVIANA SOTO LEON - RUT 18870142-6**, es que solicitamos a usted entregarnos información lo más detallada posible respecto de los datos que serán consultados a continuación.

Se solicita entregar este cuestionario y documentos validadores, el día de la visita profesional para evaluación del puesto de trabajo. De no contar con esta información deberemos calificar el origen de la enfermedad con los antecedentes disponibles, tal como nos exige la Superintendencia.

Nombre Empleador	Rut
CORPORACIÓN CULTURAL DE TEMUCO	65836190-2
Centro de trabajo	Dirección
TEATRO MUNICIPAL DE TEMUCO	AV. PABLO NERUDA 01380

Nombre Trabajador	Rut
IGNACIA FAVIANA SOTO LEON	18870142-6

Antigüedad en la Empresa (Adjuntar Contrato de trabajo)

Años: _____ Meses: **9 MESES** Días: _____



DIFUSIÓN PARA TRABAJADORES
"PROTOCOLO DE VIGILANCIA OCUPACIONAL POR EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS PARA TRABAJADORES"

Jose Miguel Quintas Latorre

Resolución Exenta N°327 del 05 de marzo 2024, MINSAL

Francisco Acuña Cuevas - Coordinador de Asesoría y Acompañamiento
Teléfono: 56998817311
Correo electrónico: francisco.acuna@corporacionculturaltemuco.cl
Resolución Exenta N°327 del 05 de marzo 2024, MINSAL

¡Juntos sembramos MÁS conciencia!

De: Jose Miguel Quintas Latorre <jmlatorre@corporacionculturaltemuco.cl>
Enviado el: martes, 5 de noviembre de 2024 13:19
Para: Francisco Ricardo Acuña Cuevas <francisco.acuna@corporacionculturaltemuco.cl>
CC: Sandra Gómez <sandra.gomez@corporacionculturaltemuco.cl>, Cristian Silva <cristian.silva@corporacionculturaltemuco.cl>, EPT Coordinación <ept@corporacionculturaltemuco.cl>, Dora Rey <dora.rey@corporacionculturaltemuco.cl>, María Elvira J. <mariaelvira.j@corporacionculturaltemuco.cl>, Gustavo Rocha J <gustavo.rocha@corporacionculturaltemuco.cl>
Asunto: Re: COORDINACIÓN EPT SM CORPORACIÓN CULTURAL DE TEMUCO. 65836190-2; IGNACIA FAVIANA SOTO LEON. 18870142-6

Responde a: Francisco

¡Junto con ustedes, adquirí la información solicitada!

- Propuesta Fecha y Hora para la realización de evaluación: **"Jueves 07 de Noviembre, 14:00 HRS"**
- Dirección del lugar de trabajo: **Avenida Pablo Neruda 01380 - Teatro Municipal de Temuco"**
- Referidos de la Corporación:

1. Daniela González Pizarro - 56998817311 - Encargada de atención, Ingreso y Acompañamiento de Asesoría - Correo: danielagonzalez@corporacionculturaltemuco.cl

2. Natalia Hader Legrand Sperling - 56998817311 - Coordinadora Proyecto OIT - Teléfono: 56998817311

Quiero recibir a profesional en Corporación José Miguel Quintas Latorre - Prevención de Riesgos - 56998817311

Quedo atento a comentarios

Un abrazo enorme!

Jose Miguel Quintas Latorre
Prevención de Riesgos
56998817311



JOSE MIGUEL QUINTAS LATORRE

NOMBRE Y FIRMA DEL EMISOR DE INFORME DE ACTIVIDADES

RECEPCION DE SERVICIOS – CORPORACIÓN CULTURAL DE TEMUCO

Se deja constancia que los servicios detallados en informe de actividades y respaldados en Boleta de Honorarios, fueron recibidos a total conformidad



NOMBRE Y FIRMA DEL RECEPTOR CONFORME