**SOLICITUD SUSPENSIÓN TEMPORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **VACACIONES** |  |
| **ENFERMEDAD** |  |
| **OTRO** |  |

1. **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUT |  |
| DOMICILIO |  |
| COMUNA |  |
| TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO  NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN |  |

1. **ANTECEDENTES DEL PERMISO**

|  |  |
| --- | --- |
| NÚMERO PATENTE |  |
| UBICACIÓN |  |

1. **DOCUMENTOS ADJUNTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE POR AMBOS LADOS |  |
| FOTOCOPIA DE PATENTE VIGENTE |  |
| CARTA QUE JUSTIFIQUE SUSPENSIÓN TEMPORAL |  |
| INFORME MÉDICO ACTUALIZADO |  |

1. **ANTECEDENTES DEL TRÁMITE (MAXIMO 15 DIAS)**

|  |
| --- |
| FECHA DE INICIO |
| FECHA DE TERMINO |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE TITULAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFICINA DE PARTES** | **GESTIÓN ADMINISTRATIVA** | **FACTIBILIDAD** | **SOCIAL** | **GESTIÓN  ADMINISTRATIVA** |
|  |  |  |  |  |

**\*LA SOLICITUD DEBE SER INGRESADA CON 15 DIAS HABILES DE ANTICIPACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| ID – DOC N° |  |



**COMPROBANTE DE INGRESO**

|  |  |
| --- | --- |
| **SUSPENSION TEMPORAL PERMISO DE COMERCIO EN BNUP.** | |
| NOMBRE |  |
| RUT |  |

**CONSULTAS SOBRE EL PROCESO AL FONO ATENCIÓN 800 20 30 11**