

ID – DOC N°	
----------------	--



SOLICITUD SUSPENSIÓN TEMPORAL

VACACIONES	
ENFERMEDAD	
OTRO	

I. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

NOMBRE COMPLETO	
RUT	
DOMICILIO	
COMUNA	
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN	

II. ANTECEDENTES DEL PERMISO

NÚMERO PATENTE	
UBICACIÓN	

III. DOCUMENTOS ADJUNTOS

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

IV. 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 HABILIS DE ANTICIPACIÓN**



ID – DOC N°	
-------------	--

COMPROBANTE DE INGRESO

SUSPENSIÓN TEMPORAL PERMISO DE COMERCIO EN BNUP.	
NOMBRE	
RUT	

CONSULTAS SOBRE EL PROCESO AL FONDO ATENCIÓN 800 20 30 11