

Libro III, Título V, Letra M, Anexos

Anexo N° 1 Comisión Médica Regional Retiro Expedientes de Invalidez

COMISIÓN MÉDICA REGIONAL

RETIRO EXPEDIENTES DE INVALIDEZ

N° DE EXPEDIENTE

SOLICITANTE:

AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES
R.U.T.		

FOLIOS:

DESDE	HASTA	Rx N°PLACAS

EXPEDIENTES ANTERIORES:

SI	NO	CUANTOS?

COMISION MEDICA REGIONAL			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE REPRESENTANTE CMR.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">--</td> </tr> </table>		NOMBRE REPRESENTANTE CMR.	--
NOMBRE REPRESENTANTE CMR.			
--			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">FECHA REVISION</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> </table>	FECHA REVISION	/ /	FIRMA Y TIMBRE C.M.R.
FECHA REVISION			
/ /			

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE REPRESENTANTE I.P.S..</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		NOMBRE REPRESENTANTE I.P.S..	
NOMBRE REPRESENTANTE I.P.S..			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">FECHA RETIRO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> </table>	FECHA RETIRO	/ /	FIRMA Y TIMBRE IPS
FECHA RETIRO			
/ /			

DOCUMENTACION INCORPORADA AL EXPEDIENTE CON POSTERIORIDAD A SU RETIRO DE LA COMISION:

FECHA INGRESO	DOCUMENTO

