

2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR PAIS DE ORIGEN/ INFORMACION ABOUT THE EMPLOYER COUNTRY OF ORIGIN

2.1 EMPLEADOR EN : / EMPLOYER IN:	UK	<input type="checkbox"/>	CHILE	<input type="checkbox"/>										
2.2	_____ NOMBRE DEL EMPLEADOR / NAME OF EMPLOYER													
2.3	_____ DIRECCION / ADDRESS													
2.4	_____ CÓDIGO POSTAL / POSTCODE	2.5	_____ E-MAIL											
2.6	_____ NÚMERO DE TELEFONO / TELEPHONE NUMBER	2.7	_____ NÚMERO DE FAX / FAX NUMBER											
2.8	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> - <input type="checkbox"/> ROL UNICO TRIBUTARIO DEL EMPLEADOR EN CHILE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DONDE SE DESPLAZA / INFORMACION ABOUT THE EMPLOYER PLACE THE DETACHMENT

3.1.	_____ NOMBRE DEL EMPLEADOR / NAME OF EMPLOYER																			
3.2.	_____ DIRECCION / ADDRESS																			
3.3	_____ CÓDIGO POSTAL / POSTCODE	3.4	_____ E-MAIL																	
3.5 PERIODO DE DESPLAZAMIENTO (MAXIMO 60 MESES) / PERIOD OF DETACHMENT (MAXIMUM 60 MONTHS)																				
DESDE / FROM	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HASTA / TO	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> FECHA / DATE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ NÚMERO DE TELEFONO / TELEPHONE OF NUMBER									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

4. ORGANISMO DE ENLACE DE CHILE (ARTICULO 3° Y 4° DEL ACUERDO ADMINISTRATIVO)
LIAISON AGENCY OF UK (ART. 3° Y 4° ADMINISTRATIVE ARRANGEMENT)

(A Completar por Organismo de Enlace país de origen /To be completed by Agency Liaison country of origin)

En conformidad con el Artículo 5° Artículo 6° Artículo 7° Artículo 8° del Convenio,
y los Artículos 3° y 4° del Acuerdo Administrativo, la persona indicada en el numero 1 del formulario se encontrará sujeto a la legislación
del país de: United Kingdom
 Chile

In accordance with Article 5 Article 6 Article 7 Article 8 of the Agreement and
Article 3° y 4° of the Administrative Arrangements, the person named on number 1 this Form will remain subject to country's legislation
 United Kingdom
 Chile

DESDE / FROM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HASTA / TO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA / DATE

SELLO Y FIRMA / SEAL AND SIGNATURE
ORGANISMO DE ENLACE / LIAISON AGENCY