

CAMBIO DE MODALIDAD DE PAGO DE SUBSIDIO DE INCAPACIDAD LABORAL, QUE CORRESPONDE A LA LICENCIA MÉDICA.

En este documento se identifican los datos del trabajador(a) cuando el/ella piden cambiar la modalidad de pago del subsidio de incapacidad laboral respectivo.

MODALIDAD DE PAGO:

Nombre y Apellidos del trabajador(a):

.....

RUN:.....

OPCIONES (marque la casilla respectiva y complete los datos solicitados)	
Cta. Cte. N°:	Banco:
Cta. Vista N°:	Banco:
Cta. RUT N°:	Banco Estado
Pago presencial Banco Estado	

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono:

Email :

Firma, RUN, más los Nombre y

Apellidos de Trabajador/a