

Formulario para presentación de reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social,  
presentado por profesionales sancionados por la COMPIN en virtud del artículo 2° inciso 2°  
de la Ley N° 20.585.

## FORMULARIO DE RECLAMO



### RECLAMANTE

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
RUN: \_\_\_\_\_  
Domicilio (Calle, N°, Dpto., Comuna, Ciudad): \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA SANCIÓN

Identificación de la COMPIN que sancionó: \_\_\_\_\_  
Especificación de la sanción aplicada: \_\_\_\_\_  
Datos de la Resolución que notificó la sanción: \_\_\_\_\_

N° de Resolución \_\_\_\_\_  
Fecha de Resolución \_\_\_\_\_

### RECLAMO

Folio(s) de la(s) Licencia(s) Médica(s) involucrada(s): \_\_\_\_\_  
Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_  
Consignación de los hechos que justifican el reclamo: (razón por la cual se entiende que la sanción aplicada por la COMPIN no es procedente): \_\_\_\_\_

Otros Antecedentes de Referencia (en caso que se disponga de antecedentes adicionales): \_\_\_\_\_

**Reclamo de  
profesional  
sancionado  
por COMPIN**

**Artículo 2°  
Inciso ° 2 de  
la Ley N°  
20.585**

Firma del Reclamante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_