



## **CIRCULAR IF/Nº 354<sup>1</sup>**

**SANTIAGO, 18 de junio de 2020**

### **IMPARTE INSTRUCCIONES RESPECTO A LA NO DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD AL NACER**

Esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial lo dispuesto en los artículos 110 número 2 y 114 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud; los artículos 1, 5, 6, 7 y 19 Nºs 1, 2, 9 y 18 de la Constitución Política de la República; y el Decreto Nº 873 de 1991, de Relaciones Exteriores, viene en impartir las siguientes instrucciones generales:

#### **I. INTRODUCCIÓN**

La Constitución Política de la República establece que el Estado -incluyendo esta Superintendencia- está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece<sup>2</sup>, encontrándose dentro de estas últimas el respeto y promoción de los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana, garantizados por la Carta Fundamental, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran vigentes.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Circular modificada por Resolución Exenta IF/Nº 46 de 3 de febrero de 2021.

<sup>2</sup> Inciso cuarto del Artículo 1º de la Constitución Política de la República.

<sup>3</sup> Artículo 5º de la Constitución Política de la República.

Como lo ha señalado el Tribunal Constitucional, las isapres no sólo coadyuvan con el Estado en su deber de garantizar el derecho fundamental a la protección de la salud, sino que, además, al hacerlo se sitúan en un plano análogo al de su titular originario, el Estado<sup>4</sup>.

Dentro de los derechos esenciales se encuentran la igualdad ante la Ley<sup>5</sup>, la protección a la Salud<sup>6</sup> y la Seguridad Social.

Atendida su naturaleza, los tres derechos fundamentales señalados deben ser interpretados de manera indivisible y conforme al principio *pro homine* o pro persona, que, en el caso que nos convoca, se traduce en acudir a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos<sup>7</sup>, lo cual es una manifestación primaria del orden axiológico y de principio sobre los que descansa el conjunto del ordenamiento jurídico<sup>8</sup>.

A mayor abundamiento, el Tribunal Constitucional ha señalado en reiteradas oportunidades que las normas que regulan el contrato de salud, sean legales o administrativas, deben ser interpretadas y aplicadas en términos de maximizar el disfrute real y pleno de los derechos que son consustanciales a la dignidad humana, entre ellos el derecho social relativo a la protección de la salud<sup>9</sup>.

Dicho aquello, el artículo 19 N° 9 de la Constitución Política de la República el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Por otra parte, el D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, considera que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o la incorporación del beneficiario, las cuales deben ser manifestadas en la Declaración de Salud, bajo apercibimiento de negación de cobertura o término de contrato para el caso de su omisión. En el caso del embarazo, nuestras normas señalan que cuando se trate de la incorporación de una persona recién nacida, los beneficios se otorgarán desde el momento de su nacimiento, siempre que se inscriba en la isapre antes de cumplir un mes de vida o en una fecha posterior, si así lo acordaren las partes. Respecto del o la menor que se incorpora durante el primer mes de vida, no podrá exigirse una declaración de salud.

En el plano internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido en múltiples oportunidades que la discriminación constituye *"... toda distinción exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como... el nacimiento..., y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las persona"*<sup>10</sup>.

---

<sup>4</sup> (STC 1287 cc. 53 a 55).

<sup>5</sup> Artículo 19 N°2 de la Constitución Política de la República.

<sup>6</sup> Artículo 19 N°9 de la Constitución Política de la República.

<sup>7</sup> Pinto, Mónica, El principio pro homine. Criterios de hermenéutica y pautas para la regulación de los derechos humanos, en Archivo de la biblioteca electrónica de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

<sup>8</sup> Aldunate Lizana, Eduardo, Derechos fundamentales, Santiago, Legal Publishing, 2008.

<sup>9</sup> (STC 976 cc. 39 a 45) (En el mismo sentido, STC 1218 cc. 37 a 42, STC 1287 cc. 40 a 47 y 61).

<sup>10</sup> Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile, supra, párr. 81, y Caso Duque Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 90.

Al respecto, cabe observar que la igualdad de acceso a las prestaciones de salud y la libertad de elegir el sistema de salud al cual se desea adscribir se ve directa y negativamente afectada o negada por el hecho de que las personas nazcan con enfermedades y/o condiciones de salud.

Como recientemente ha señalado la Excma. Corte Suprema<sup>11</sup>, la naturaleza humana es una sola, sin embargo, en los hechos, la situación descrita en el párrafo precedente genera posiciones de menoscabo en la dignidad de las personas y discriminaciones arbitrarias que las acompañan de por vida, gestando la idea de personas de distintas categorías.

Atendido a que lo anterior restringe y niega los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana, se ha determinado dictar las presentes instrucciones que corrijan la situación, se reconduzca la interpretación conforme a las garantías constitucionales y que se generen las condiciones reales de acceso a las prestaciones de salud.

## **II. OBJETIVO**

Velar por la dignidad e igualdad en el acceso a las prestaciones de salud y seguridad social, eliminándose la posibilidad de que en el proceso de suscripción del contrato de salud se solicite información en la Declaración de Salud sobre cualquier enfermedad o condición de salud con que la persona nazca, debiendo declararse exclusivamente las que se manifiesten durante la vida de la persona.

Conforme a lo anterior, debe eliminarse del formulario de Declaración de Salud de todas las isapres la consulta por Síndrome de Down, cardiopatías congénitas, labio leporino, entre otras.

## **III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 80, DE 13 DE AGOSTO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES**

1. En el Capítulo I "El Contrato de Salud", Título II "De los Instrumentos Contractuales Uniformes", se modifica lo siguiente:

1.1 En la letra a. "Las Condiciones Generales del Contrato de Salud", en el artículo 14 de las Condiciones Generales del Contrato de Salud, agréguese un nuevo párrafo final con el siguiente contenido: "En virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación".

1.2 En la letra b. "El Formulario de Declaración de Salud":

1.2.1 Trasládese el enunciado "Asimismo," del párrafo segundo al inicio del párrafo tercero, haciéndose los ajustes de mayúscula o minúscula, según corresponda

---

<sup>11</sup> Sentencia 38.834-2019, de la Excma. Corte Suprema.

1.2.2 Se inserta el siguiente nuevo párrafo tercero entre el actual segundo y tercero: "En virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación".

1.3 En el punto b.1 "Declaración de Salud", se reemplaza el formulario de la Declaración de Salud por el contenido en el Anexo adjunto.

#### **IV. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 131, DE 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS**

"En el Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título I "Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsional", número 2 "Etapas de la suscripción de documentos contractuales" se agrega un nuevo segundo párrafo con el siguiente contenido:

"En virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación".

Además, se agrega el enunciado "Asimismo," en el antiguo párrafo segundo, actual tercero, haciéndose el ajuste de minúscula respectivo, a continuación de dicho enunciado."

#### **V. VIGENCIA**

Las disposiciones de la presente Circular comenzarán a regir desde la fecha de su notificación.

**MANUEL RIVERA SEPÚLVEDA  
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS  
PREVISIONALES DE SALUD**

AMAW/FAHM/KB

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
- Superintendente de Salud
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Fiscalía
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes

## ANEXO

<b>Identificación Isapre</b>	<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>
	Nº Folio <input type="text"/>
<b>IMPORTANTE</b>	
ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD EL LLENADO COMPLETO, CORRECTO Y VERAZ DE ESTE DOCUMENTO.	
SI USTED NO DECLARA ALGUNA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA O CONDICIÓN DE SALUD PREEXISTENTE, LA ISAPRE PUEDE:	
1. <b>NEGAR LA COBERTURA</b> PARA DICHA ENFERMEDAD POR UN PLAZO MÁXIMO DE HASTA 5 AÑOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O DE LA INCORPORACIÓN DEL BENEFICIARIO, Y/O	
2. <b>TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD.</b>	
<b>NO SON PREEXISTENTES LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD CONGÉNITAS DIAGNOSTICADAS HASTA EL TÉRMINO DEL PERÍODO NEONATAL</b>	
ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, CON LETRA IMPRENTA, DE SU PUÑO Y LETRA, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.	

<b>A. ANTECEDENTES DEL COTIZANTE</b>			
Nombres y Apellidos	<input type="text"/>		
RUN	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> Día/Mes/Año
Correo electrónico	<input type="text"/>		
Nombre Institución de Salud Actual	<input type="text"/>		
Tiene pensión de invalidez	<input type="text"/>	S=Sí N=No	Causal <input type="text"/>
			1= Enfermedad común 2= Enferm. profesional o accidente del trabajo
Diagnóstico que originó la pensión de invalidez	<input type="text"/>		
Estuvo antes en esta isapre	<input type="text"/>	S=Sí N=No	
<b>B. IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES BENEFICIARIOS Y/O CARGAS MÉDICAS</b>			
Debe individualizar a todas sus cargas legales y a aquellas personas que desea incorporar como cargas médicas.			
Si usted omite alguna de sus cargas legales y se demuestra que la omisión tuvo por objeto perjudicar a la isapre, porque ésta no pudo evaluar el riesgo, la Institución puede poner término a su contrato de salud.			

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (incluido el cotizante)							
Nombre y Apellidos	RUN	Relación Familiar con el cotizante	Fecha de Nacimiento	Sexo M=Masculino F=Femenino	Tipo de Carga L=Legal M=Médica	Peso	Talla
		01. Cónyuge 02. Padre 03. Madre 04. Hijos 05. Otros 06. Conviviente Civil					

C. LISTADO DE PREGUNTAS				
<p>Debe registrar TODAS las enfermedades, patologías o condiciones de salud y diagnosticadas médicamente a usted y a cada uno de sus beneficiarios, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso si se ha recuperado y ha sido dado de alta.</p> <p><b>No deben declararse las enfermedades o condiciones de salud congénitas que le hayan sido diagnosticadas a usted o alguno de sus beneficiarios hasta el término de su período neonatal.</b></p> <p>El siguiente listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad, patología o condición de salud no indicada aquí, debe declararla.</p>				
NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA

**1. Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento:** por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.).

SI

NO


**2. Enfermedades del sistema nervioso o que le afecten:** por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, TEC, fístulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

SI

NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**3. Enfermedades del sistema respiratorio:** por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.

SI   
NO


**4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio:** por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

SI   
NO


**5. Enfermedades del sistema digestivo:** por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.

SI   
NO


**6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas:** por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.

SI   
NO


**7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario:** por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

SI   
NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular:** por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

SI

NO


**9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético:** por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.

SI

NO


**10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:** por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

SI

NO


**11. Tumores y/o enfermedades oncológicas:** por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

SI

NO




NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo:** por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.

SI

NO


**13. Enfermedades del oído, nariz y garganta:** por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

SI

NO


**14. Enfermedades oculares:** por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

SI

NO


**15. Enfermedades infecciosas y parasitarias:** por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

SI

NO


**16. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio:** por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro.

SI

NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**17. Traumatismos, accidentes y quemaduras:** Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.

SI   
NO


**18. Cirugías estéticas:** por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.

SI   
NO


**19. Infertilidad o Esterilidad:** indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.

SI   
NO


**20. Licencias médicas anteriores:** ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).

SI   
NO


**21. Indique Hospitalizaciones anteriores:** Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.

SI   
NO


**22. Prótesis, Ortesis:** señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u ortesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.

SI   
NO


**23. Otras enfermedades:** Consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad declarable que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente.

SI   
NO


#### D. DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento respecto de patologías y enfermedades declarables.

\_\_\_\_\_  
Firma / Huella digital del Interesado

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### E. EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Médico de la Isapre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**F. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE**

**Aceptado** :  sin restricción  con restricción

**Rechazado** :  Motivo del rechazo

(Si la isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados)

**En caso de rechazo**, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

Sí  No

**G. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD**

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas.

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma Cotizante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y RUN Agente de Ventas

\_\_\_\_\_  
Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. asociado