

USO EXCLUSIVO DE COMPIN, (MEDICO CONTRALOR)

CONSIDERANDO: (causales de resolución)

SE CONCLUYE:

RESOLUCIÓN N°

<input type="checkbox"/>	ACOGER el reclamo, debiendo la Isapre AUTORIZAR íntegramente la L. M. Individualizada
<input type="checkbox"/>	ACOGER PARCIALMENTE el reclamo, debiendo la Isapre AUTORIZAR la L. M. Individualizada por _____ días.
<input type="checkbox"/>	RECHAZAR el reclamo, confirmando la resolución de la Isapre.
<input type="checkbox"/>	Otro, (especificar)

Firma y Timbre de médico contralor

Fecha de Resolución

MODIFICACIÓN POSTERIOR, (si procede) :

CONSIDERANDO:

<input type="checkbox"/>	Recurso de Reposición, (Ley 19.880), de el(la) trabajador(a)
<input type="checkbox"/>	Recurso de Reposición, (Ley 19.880), de la ISAPRE
<input type="checkbox"/>	Oficio Ord. de SUSESO N° _____, del ___/___/___
<input type="checkbox"/>	Otro, (especificar):

SE CONCLUYE:

RESOLUCIÓN N°

<input type="checkbox"/>	Anular la Resolución N° _____ y ACOGER el reclamo, debiendo la Isapre AUTORIZAR íntegramente la L. M. Individualizada
<input type="checkbox"/>	Anular la Resolución N° _____ y ACOGER PARCIALMENTE el reclamo, debiendo la Isapre AUTORIZAR la L. M. Individualizada por _____ días.
<input type="checkbox"/>	Confirmar la Resolución N° _____ que rechazó el reclamo, confirmando la resolución de la Isapre.
<input type="checkbox"/>	Otro, (especificar):

Firma y Timbre de médico contralor

Fecha de Resolución