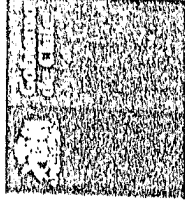




Superintendencia
del Trabajo y Previsión
Coberturas de Chile

REGISTRO DE ASISTENCIA AL CUMPLIMIENTO
(Art. 3 Letra u) (LO - SMA)



FECHA: 7 DE JUNIO DE 2017
 EMPRESA/INTERESADO: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LOS ANDES.
 PDC: EVENTUAL PRESENTACIÓN PDC. OTRO: _____

MOTIVO: (Indicar Procedimiento relacionado/ Ordinario u otro)
 P-025-2017

EMPRESA	SERVICIO	NOMBRE	CARGO	TELEFONO	CORREO	FIRMA
Caja Los Andes	Caja de Compensación	Jorge Cerda G.	Abogado	25196180	jorge.cerda@cajalosandes.cl	
"	"	JUAN ENZO ABARCA	"	225196183	JUAN.ABARCA@cajalosandes.cl	
"	"	Juan Constantino	Jefe de Mantenimiento	225100296	juan.constantino@cajalosandes.cl	
DSC	SMA	SOMBRERÓN	DSC	-	-	
		Paula Zenteno	Asesista	-	-	

Anote sus datos en forma clara, pueden ser utilizados para enviar información posteriormente.