

REMITENTE: Superintendencia de Pensiones
Comisión Médica Región Coquimbo
Dirección: Avda. El Santo N° 1240. La Serena

DESTINATARIO

Sr(a): Javiera Paz Díaz Gómez

Calle: JUAN ANTONIO RIOS N° 404

Depto.: Población: BAQUEDANO

Comuna: COQUIMBO Ciudad: Coquimbo



**CITACIÓN N°
2596087**

ANT.: Solicitud de calificación de Invalidez N°
794632

MAT.: Envía citación.

FECHA: 09/07/2025

Con la finalidad de iniciar el trámite de calificación de su invalidez, requerida por la Solicitud de antecedentes, agradeceré a usted se sirva concurrir a esta Comisión Médica a la dirección arriba indicada, para lo siguiente:

1. Ser atendido por el Doctor(a) CARLA LORENA DOMIC BUENO, el día 11/09/2025, a las 10:30 horas.

Para este efecto, deberá traer su Cédula de Identidad, todos los antecedentes médicos que tuviera en su poder y el comprobante de Licencia Médica, si procediere.

Saluda atentamente a usted, Rodrigo Barrera Contreras

**PRESIDENTE COMISION MEDICA
DE LA REGION Coquimbo**

