ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA
ADQUISICIONES

**DECRETO ALCALDICIO Nº** 653 /

**LA LIGUA,** 17 MAR 2026

MAT.: Formularios para obtención de licencias de conducir.

**VISTOS:**

- La Ley Nº 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus Modificaciones.
- La Sentencia de Proclamación de fecha 30 de noviembre del 2024, del Tribunal Electoral de Valparaíso.
- La Resolución Nº36/2024 y Nº08/2025, ambas de la Contraloría General de la República, que fija normas de exención de trámite de toma de razón.
- Ley Nº 19.886 y su Reglamento Vigente y sus Modificaciones.
- Decreto de Alcaldía N°10.121/2025, que aprueba subrogancia del Señor Alcalde.
- Decreto de Alcaldía N°1135/2024, que aprueba subrogancia Secretaria Municipal.
- Decreto de Alcaldía N°9753/2025, que aprueba Presupuesto Municipal año 2026.
- Solicitud de compra 27338/2026. DEPTO. DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE PÚBLICO.

**CONSIDERANDO:**

El artículo 60 de la Ley N° 19.886, modificada por la Ley 21.634, regula el procedimiento de trato directo. A su vez, el **Decreto Supremo N° 661/2024**, en su **artículo 71, numeral 6**, establece que se puede recurrir al **trato directo con publicidad** para adquisiciones **inferiores a 30 UTM**, siempre que estas compras **privilegien materias de alto impacto social**, tales como el impulso a las Empresas de Menor Tamaño (EMT), **Proveedores Locales**, la descentralización y la sustentabilidad ambiental.

Que, en este caso, la presente compra cumple con el objetivo de **alto impacto social**, al favorecer a una **Empresa Local**, y además se encuentra dentro de los **valores de mercado**, conforme a lo establecido en la normativa vigente.

Que, en este caso, la municipalidad requiere la adquisición de formularios para atención de público en trámites de obtención de licencia de conducir.

**DECRETO:**

**1°** Autorícese la Compra Menor a 30 UTM, según lo faculta la Ley 19.886 y su Reglamento vigente según Art. 71, N°6, de formularios para el Depto. de Tránsito y Transporte Público.

**2°** Envíese la respectiva Orden de Compra por el Portal Chilecompra al proveedor **RICARDO CASTRO GONZÁLEZ**, Rut; **07.442.825-8**, la que se inserta dentro de las 30 UTM, por un valor total de **$2.076.600.- impuestos incluidos.**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

**ADQUISICIONES**

**CONTINUACION DE DECRETO ALCALDICIO N° 653 /**

**3°** Publíquese el presente decreto en el sistema de Chile Compra dentro de una Plazo de 24 horas, contados desde su dictación.

**Anótese, Comuníquese y Archívese**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD SECRETARIA MUNICIPAL DE LA LIGUA

María Ignacia Ibacache Gallardo

**SECRETARIA(O) MUNICIPAL**

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA ALCALDE PATRICIO PALLARES V.

Patricio Pallares Valenzuela

**ALCALDE**

**DISTRIBUCION:**
ADQUISICIONES
**ARCHIVO**
PPV/FMO/fcu

RECIBIDO
13 MAR 2026
A.M. P.M.
9:13:09

RECIBIDO
11:34hrs
16 MAR 2026
ALCALDIA
A.M PM

RECIBIDO
16:46
16 MAR 2026
SECRETARIA MUNICIPAL
A.M P.M

EXAMINADO
16 MAR 2026
CONTRALORIA
LALIGUA

I. MUNICIPALIDAD
CONTRALOR
MUNICIPAL
LA LIGUA

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA

CORRESPONDENCIA RECIBIDA
ADQUISICIONES
13 MAR 2026 09.21 hrs.
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
LA LIGUA

LA LIGUA, 04 de marzo de 2026.

0027338

# SOLICITUD DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

DE: Director Depto. de Tránsito y Transporte Público

A : SR. DIRECTOR DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

REF.: SE SOLICITA A UD. ADQUIRIR LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS QUE A CONTINUACION SE DETALLAN PARA:

atención de público en trámites de obtención de licencia de conducir

| CANTIDAD | DETALLE | P. UNITARIO | TOTALES |
|---|---|---|---|
| 500 | formulario de Declaración Jurada Simple | | |
| 3000 | Anexo 1, Declaración de estado de Salud | | |
| 3000 | Anexo 2, Entrevista médica | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Se adjunte modelos de formularios solicitados. y cotización | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

TOTAL $

Impta. Nueva Imagen/Fono 276179 Cabildo

I. MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE TRANSITO LA LIGUA

FIRMA SOLICITANTE

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA ADMINISTRACION MUNICIPAL

Vº Bº JEFE DEL AREA

# Punto Gráfico

PORTALES 320 LA LIGUA
RICARDO CASTRO GONZÁLEZ
RUT: 7.442.825-8
**IMPRESOS, FABRICA DE TIMBRES**
**CREDENCIALES EN PVC**
**SEÑALETICAS, PENDONES**
**GIGANTOGRAFIAS**
CEL: 97 81 53 35
E-mail:-castrosolgraf@gmail.com
De Ricardo Castro




## COTIZACION

04/03/2026

Para: **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA**
A: **ADQUISICIONES ( TRANSITO)**

| CANTIDAD | DETALLE | VALOR UNIT | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|
| 5 | BLOCK TAMAÑO CARTA100/1 ( DECLARACIÓN JURADA SIMPLE | $ 12.000 | $ 60.000 |
| 60 | BLOCK 50/2 TAMAÑO OFICIO ANEXO I (TRANSITO) | $ 14.000 | $ 840.000 |
| 60 | BOLCK 50/2 TAMAÑO OFICIO ANEXO II ( TRANSITO) | $ 14.000 | $ 840.000 |

2204001

VALOR NETO $1.740.000
IVA $ 330.600
TOTAL $ 2.076.600

- **TODO TRABAJO** TIENE UNA ENTREGA DE 10 DÍAS HÁBILES A CONTAR DE LA RECEPCIÓN DE ESTE
- **CANCELACIÓN: CONTRA FACTURA**
- **VALIDES DE COTIZACIÓN 10** DÍAS HÁBILES

Ricardo Castro González
Rep. Legal

# Ficha del proveedor

HÁBIL

RAZÓN SOCIAL
## RICARDO DANIEL CASTRO GONZÁLEZ
RUT 7.442.825-8

| | |
|---|---|
| **Nombre de fantasía** | RICARDOCASTROGONZALEZ |
| **Estado de habilidad** | HÁBIL (Cumple con los requisitos de inscripción en el Registro de Proveedores) |
| **Estado de acreditación** | Proveedor acreditado hasta 16-06-2026 |
| **Domicilio legal** | PORTALES 320, LA LIGUA, LA LIGUA, REGION DE VALPARAISO |
| **Empresa de Menor Tamaño (EMT)** | Si clasifica como Empresa de Menor Tamaño según información del Servicio de Impuestos Internos. |

Revisa más información sobre Empresa de Menor Tamaño (EMT)

VENTAS EN MERCADO PÚBLICO
**$ 0**
*Periodo consultado diciembre 2025 a diciembre 2026*

Revisa más ventas de este proveedor en Datos Abiertos.

COMPORTAMIENTO BASE
**5**/5
*Nota calculada según sanciones recibidas en los últimos 24 meses*

COMPORTAMIENTO POR EVALUACIÓN DE CONTRATOS
**Sin información**
Este proveedor no ha recibido evaluaciones en los últimos 24 meses.

Revisa todos los contratos de este proveedor en Gestión de Contratos.

Información general | Habilidad | Idoneidad | Documentos | Comportamiento

## Administración de la empresa
Fuente: Servicio de Impuestos Internos.

| | |
|---|---|
| Representante Legal | RICARDO DANIEL CASTRO GONZÁLEZ |

CONVENIOS MARCO ADJUDICADOS
**0**

## Usuarios de la empresa

| Nombre | Cargo | Correo laboral | Teléfono Laboral |
|---|---|---|---|
| Ricardo Castro Gonzalez Contacto | Encargado | castrosolgraf@gmail.com | |

Generar certificado de habilidad

Descargar ficha en formato PDF

## Sellos del proveedor

Esta empresa proveedora no tiene sellos.

Volver

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE LA LIGUA
Depto. de Tràsnito y Trans. Pùblico

# DECLARACION JURADA SIMPLE POR EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN TOTAL O PARCIAL DE LICENCIA DE CONDUCIR

**Nombre:** _____

**Residencia:** _____

**Profesión u Oficio:** _____

**RUN:** _____ **TELEFONO:** _____

**Vengo a declarar que:**

1 Mi licencia de conductor clase (s) _____, otorgada por la I. Municipalidad de _____ no se encuentra retenida por ningún tribunal ni policía del país.

2 Estoy en conocimiento del artículo 28° de a Ley N° 18.290, en cuanto a que ninguna persona podrà estar en posesiòn de màs de una licencia.

3 Estoy en conocimiento de que el artículo 196 B de La Ley N° 18.290, establece la pena de presidio menor en su grado media a màximo y, en su caso, con la suspensión de la licencia de conductor o inhabilidad para obtenerla, hasta por 5 años, al que obtenga una licencia en contravención a la Ley de Tránsito (letra b).

4 Formulo la presente declaración para realizar trámite de duplicado o control de mi licencia de conductor, habiendo leído previamente mis obligaciones legales.

____/_____ /_____

_____
Frma

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE LA LIGUA

**Depto de Transito y Trans. Publico**

Certificación Ambiental Municipal

**ANEXO 1:**

## DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD
**(autoreporte)**

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que puede contestar con sinceridad.

Si usted presenta problemas de salud, ello no es causa para impedir la obtención o renovación de su licencia de conducir, mientras tome los cuidados necesarios para efectuar una conducción segura.

El espíritu de estas medidas es resguardar su propia seguridad y salud, como las de todas las personas que comparten el espacio público.

Yo, _____, RUN N° _____, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento, de la seguridad vial, al momento de conducir un vehículo. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a).

_____

*Firma postulante*

Fecha:

**DATOS PERSONALES** (Llenar todos los recuadros)

| Nombre: | | | Edad: | Sexo: |
|---|---|---|---|---|
| | | | Peso: | Estatura: |

| Licencia Conductor que se posee (Marcar las que correspondan)<br><br>NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: ___ | Profesionales:<br>A-1: ___<br>A-2: ___<br>A-3: ___<br>A-4: ___<br>A-5: ___ | No Profesionales:<br>B: ___<br>C: ___ | Especiales:<br>D: ___<br>E: ___<br>F: ___ | Obtenidas antes del 08 marzo de 1997:<br>A-1: ___<br>A-2: ___ . |
|---|---|---|---|---|

Estudios: E. Básica incompleta ☐ E. Básica completa ☐ E. Media ☐ E. Superior ☐

| Situación laboral: | Activo(a) ☐ | Desempleado(a) ☐ | Jubilado(a) ☐ |
|---|---|---|---|
| | Estudiante ☐ | Labores de casa ☐ | Pensionado(a) ☐ |

Oficio/profesión :

Jornada laboral: Diurna ☐ Turno ☐ ¿Cuál? Fijo ☐ Rotativo ☐

**ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL** (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):

| **¿HA TENIDO O TIENE...?** | |
|---|---|
| Válvula Cardiaca | Sí ☐ No ☐ |
| By-pass Coronario | Sí ☐ No ☐ |
| Implante Marcapasos | Sí ☐ No ☐ |
| Cataratas | Sí ☐ No ☐ ¿Qué ojo? |
| Glaucoma | Sí ☐ No ☐ ¿Qué ojo? |
| Enfermedad de la retina o mácula | Sí ☐ No ☐ ¿Qué ojo? |
| Operaciones de los ojos | Sí ☐ No ☐ |
| ¿Usa lentes de cerca? | Sí ☐ No ☐ |
| ¿Usa lentes de lejos? | Sí ☐ No ☐ |
| Enfermedades u operaciones de los oídos | Sí ☐ No ☐ |
| Mareos, vértigo o problemas de equilíbrio | Sí ☐ No ☐ |
| ¿Usa audífonos para escuchar mejor? | Sí ☐ No ☐ |
| Desmayo o pérdida de conciencia | Sí ☐ No ☐ |
| Epilepsia o crisis convulsivas | Sí ☐ No ☐ |
| Pérdida de fuerza en extremidades | Sí ☐ No ☐ |
| Esclerosis Múltiple | Sí ☐ No ☐ |
| Enfermedad de Parkinson | Sí ☐ No ☐ |
| TEC (traumatismo encéfalo craneano) | Sí ☐ No ☐ |
| Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella. | Sí ☐ No ☐ |
| Dificultad para hablar o escribir | Sí ☐ No ☐ |
| Hipertensión arterial | Sí ☐ No ☐ |
| ¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día? | Sí ☐ No ☐ |
| Diabetes | Sí ☐ No ☐ |
| Dificultad para respirar | Sí ☐ No ☐ |
| Palpitaciones | Sí ☐ No ☐ |
| Dolor en el pecho al hacer esfuerzos | Sí ☐ No ☐ |
| Enfermedad Renal | Sí ☐ No ☐ |
| Olvidos frecuentes que le llamen la atención | Sí ☐ No ☐ |
| Problemas psicológicos o emocionales | Sí ☐ No ☐ |
| Trastornos psiquiátricos | Sí ☐ No ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| Cáncer | | **Sí** ☐ No ☐ ¿Cuál? |
| Enfermedad del hígado | | Sí ☐ No ☐ |
| Accidente cerebro vascular o derrame cerebral | | Sí ☐ No ☐ |
| Problemas para dormir | | Sí ☐ No ☐ |
| ¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas) | | Sí ☐ No ☐ |
| ¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme? | | Sí ☐ No ☐ |
| Enfermedades del corazón | Insuficiencia cardíaca | Sí ☐ No ☐ |
| | **Infartos** | Sí ☐ No ☐ |
| | Anginas de pecho | Sí ☐ No ☐ |
| | Arritmias | **Sí** ☐ No ☐ |
| ¿Operado de algo? | Sí ☐ No ☐ | ¿De qué? |
| Otra enfermedad | Sí ☐ No ☐ | ¿Cuál? |
| ¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año? | Sí ☐ No ☐ | ¿Por qué? |
| ¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes? | | Sí ☐ No ☐ |

| Medicamento | Cantidad/día | ¿Por qué? |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control):**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Conduce usted? | Todos los días ☐ Algunos días de la semana ☐<br>Algunos días al mes ☐ Algunos días al año ☐ | | |
| ¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar? | | Sí ☐ | No ☐ |
| ¿Tiene evaluaciones periódicas con medico? | | Sí ☐ | No ☐ |
| ¿Conduce preferentemente en? | Ciudad ☐ | Carretera ☐ | Ambas ☐ |
| ¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización? | | Sí ☐ | No ☐ |
| Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas? | | | |

**(Firma y RUN del Postulante)**

**ANEXO 2:**

## ENTREVISTA MÉDICA

**DATOS PERSONALES:**

| | |
|---|---|
| Nombre: | Edad: |
| Dirección: | |
| Estudios: E. Básica incompleta ____ E. Básica completa ____ E. Media ____ E. Superior ____ | |
| Situación laboral: | Activo(a) _____ Desempleado(a) _____ Jubilado(a) _____ Estudiante _____ Labores de casa _____ |
| Oficio/profesión : | |

| | Profesionales: | No profesionales: | Especiales: | Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: |
|---|---|---|---|---|
| Licencia Conductor que se posee (Marcar la o las que correspondan) | A-1: ___<br>A-2: ___<br>A-3: ___<br>A-4: ___<br>A-5: ___ | B: ____<br>C: ____ | D: ___<br>E: ___<br>F: ___ | 1997:<br>A-1: ____<br>A-2: ____ |

**INFORMACIóN DEL EXAMINADO:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marcha (al ingresar): Normal _____ Alterada _____ | | | |
| Otros aspectos: | | | |
| Motricidad Normal _____ Alterada _____ (cuenta dedos, fuerza brazos) | | | |
| Discapacidad física: Sí_____ No_____ ¿Cuál? _____ | | | |
| Actitudes | Normal | Torpe | Exaltada _____ |
| | Agresiva | Inhibida | Confusa _____ |
| | Nerviosa | | Mov. Anormales _____ |
| | Temblorosa | | |
| Disnea: no ☐ de reposo ☐ de esfuerzo ☐ | | | |
| Presencia de Defectos Corporales: | | | Presión arterial (post 5 min sentado, en silencio, con la espalda apoyada, piernas no cruzadas, brazo a la altura del corazón): |
| Comportamiento durante la entrevista | Tranquilo _____ | | Nervioso _____ |
| | Autosuficiente | | Otros _____ |
| | Observaciones: | | |

**HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Conduce usted? | Todos los días _____ Algunos días de la semana _____ Algunos días al mes _____ Algunos días al año _____ | | |
| ¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar? | | Sí □ | No □ |
| ¿Se somete a revisiones médicas en su trabajo? | | Sí □ | No □ |
| ¿Le han suspendido alguna vez su licencia? | | Sí □ | No □ |
| ¿Conduce preferentemente en? | Ciudad □ | Carretera □ | Ambas □ |
| ¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave? | | Sí □ | No □ |
| Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas? | | | |
| | | | |

En caso de Diabetes Mellitus tipo 1 o 2:

¿Sabe cuáles son los primeros síntomas de hipoglicemia? Si ☐ No ☐

¿Lleva una dieta con una porción adecuada de hidratos de carbono? Si ☐ No ☐

**CONSUMO DE ALCOHOL**
**(Sólo en caso de conductores profesionales, no profesionales Clases A y licencia especial Clase F)**

| Consumo de alcohol (AUDIT) | | | Puntaje |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca | (0) | |
| | Una o menos veces al mes | (1) | |
| | 2 a 4 veces al mes | (2) | |
| | 2 ó 3 veces a la semana | (3) | |
| | 4 o más veces a la semana | (4) | |
| 2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomas en un día de consumo normal? | 1 ó 2 | (0) | |
| | 3 ó 4 | (1) | |
| | 5 ó 6 | (2) | |
| | 7, 8 ó 9 | (3) | |
| | 10 o más | (4) | |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día? | Nunca | (0) | |
| | Menos de una vez al mes | (1) | |
| | Mensualmente | (2) | |
| | Semanalmente | (3) | |
| | A diario o casi a diario | (4) | |
| 4. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? | Nunca | (0) | |
| | Menos de una vez al mes | (1) | |
| | Mensualmente | (2) | |
| | Semanalmente | (3) | |
| | A diario o casi a diario | (4) | |
| 5. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | Nunca | (0) | |
| | Menos de una vez al mes | (1) | |
| | Mensualmente | (2) | |
| | Semanalmente | (3) | |
| | A diario o casi a diario | (4) | |
| 6. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | Nunca | (0) | |
| | Menos de una vez al mes | (1) | |
| | Mensualmente | (2) | |
| | Semanalmente | (3) | |
| | A diario o casi a diario | (4) | |
| 7. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | Nunca | (0) | |
| | Menos de una vez al mes | (1) | |
| | Mensualmente | (2) | |
| | Semanalmente | (3) | |
| | A diario o casi a diario | (4) | |
| 8. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | Nunca | (0) | |
| | Menos de una vez al mes | (1) | |
| | Mensualmente | (2) | |
| | Semanalmente | (3) | |
| | A diario o casi a diario | (4) | |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | No | (0) | |
| | Sí, pero no en el curso del último año | (2) | |
| | Sí, en el último año | (4) | |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? | No | (0) | |
| | Sí, pero no en el curso del último año | (2) | |
| | Sí, en el último año | (4) | |
| **Puntaje total** | | | |

| Inspección General: |
| --- |
| |
| |
| |
| |

**Examen Visual:**

Deben traer ficha oftalmológica, llenada por oftalmólogo, todas las personas con: glaucoma, enfermedad de retina, tumores del SNC, TEC severo (con hospitalización en intensivo), ACV secuelado, cataratas o examen visual alterado en municipio.

1) **Resultado Agudeza visual (con cartilla de Snellen, si usa lentes de lejos o lentes de contacto, la evaluación se hace con los lentes puestos)**

Ojo derecho ☐

Ojo izquierdo ☐

Visión Binocular ☐

2) **Campo visual**

Resultado campimetría ☐ Horizontal

☐ Vertical

Resultado prueba de confrontación: Normal ☐ Alterado ☐

3) **Visión de colores (sólo para licencias profesionales, licencias Clases A1 y A2 obtenidas antes del 08.03.1997 y licencia Clase F)**

Rojo ☐

Amarillo ☐

Verde ☐

**Examen Auditivo:**

¿Sospecha de hipoacusia en el examen? Sí ☐ No ☐

¿Usuario de Audífonos? Sí ☐ No ☐

| Audiometría: Puro | 500 Htz | 1000 Htz | 2000 Htz | Promedio Tonal Puro |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Oído Derecho | | | | |
| Oído Izquierdo | | | | |

Audiometría de Campo Libre (sólo para usuarios de audífonos con sospecha de umbral auditivo sobre 80dB para licencias Clase B y sobre 40 dB para licencias Clase A)

Umbral auditivo con audífonos puestos ☐ dB

| INFORME MÉDICO ESPECIALISTA: |
| --- |
| **Nombre:** |
| **Reg. Colegio Médico N°:** |
| **Especialidad:** |
| **Diagnóstico:** |
| |

| OBSERVACIONES: |
| --- |
| |
| |
| |

| EVALUACIÓN FINAL |
| --- |
| Apto(a) ☐ |
| Apto(a) con restricción ☐ |
| No apto(a) ☐ |

Nombre y Firma Médico Gabinete