



Día	Mes	Año

SOLICITUD DE BENEFICIO Y/O SUBSIDIO

Nombre:

Establecimiento:

R.U.T

DETALLE

BENEFICIOS MÉDICOS

SUBSIDIOS

Consultas Médicas ☐

Exámenes de Laboratorio ☐

Radiografías ☐

Atenciones Dentales ☐

Nupcialidad ☐

Fallecimiento ☐

Adquisición de Lentes ópticos ☐

Natalidad ☐

Adjunta los siguientes documentos:

Monto Aprobado:

Firma Solicitante

Observaciones:

Rancagua, de de 201

Firma del Directorio

Firma Jefe Servicio Bienestar

Nombre:

Día	Mes	Año

Establecimiento:

R.U.T

BENEFICIOS MÉDICOS

SUBSIDIOS

Consultas Médicas ☐

Exámenes de Laboratorio ☐

Radiografías ☐

Atenciones Dentales ☐

Nupcialidad ☐

Fallecimiento ☐

Adquisición de Lentes ópticos ☐

Natalidad ☐

Adjunta los siguientes documentos: