



**SERVICIO DE BIENESTAR DEL PERSONAL**  
DIRECCION DE DESARROLLO Y GESTION DE PERSONAS

Santiago, .....

SOLICITUD AYUDA DE.....

Yo, \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

funcionario de \_\_\_\_\_ anexo \_\_\_\_\_ jornada \_\_\_\_\_ por

la presente solicito se me conceda la ayuda mencionada, para lo cual adjunto el (los)

siguiente(s) certificado(s) \_\_\_\_\_

NOMBRE	RELACIÓN	VERF. CARGA (OF. PERSONAL)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AFILIADO

.....  
USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DE PERSONAL  
.....

MONTO DE LA AYUDA \$ \_\_\_\_\_ FECHA DE PAGO \_\_\_\_\_

TOTAL \$ \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
V°B° A. SOCIAL

\_\_\_\_\_  
JEFE DE BIENESTAR

\_\_\_\_\_  
CONTADOR