DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

RUN: _____/

FECHA: _____/_____/_____/

SOLICITUD DE BENEFICIOS

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ESTABLECIMIENTO	**FUNCIONARIO**	**CARGA FAMILIAR**

BENEFICIOS MÉDICOS

CODIGO	PREVISIÓN	MONTO TOTAL	%	MONTO

SUBSIDIOS

CODIGO	MONTO

Documentación anexa: _____

Total a Pagar: $_____/ **Cancelado ____/_____/_____/**

_____ _____

Firma del Funcionario **VºBº Presidente/a Servicio Bienestar**