

SOLICITUD DE SUBSIDIO LACTANCIA

Nombre del funcionario	Lugar de Trabajo
Cédula de Identidad	Región
Grado / Estamento	Calidad Jurídica:
Número de Cuenta:	
Tipo cuenta:	
Banco:	

Subsidio Lactancia	Documento de Compra con detalle (Boleta o Factura)	
	N° DOCUMENTO	MONTO
	N°	\$
	N°	\$
Bonificación del 50% del costo total de hasta 2 kilos de alimento en polvo para preparar una bebida láctea instantánea (leche deshidratada) o fórmula maternizada. Tope mensual del beneficio \$ 40.000.-		
N°	\$	

Acompaño los siguientes documentos que justifican solicitud (Receta médica, en caso que corresponda)

1.- _____

2.- _____

Firma

Fecha

Uso exclusivo del Servicio de Bienestar:

Observaciones	V°B° Encargada/o, Servicio Bienestar	Aprobado	
		Rechazado	
		Postergado	
Monto aprobado: \$		N° cuotas: _____	
		Fecha: / /	