

Nombre del/de la Afiliado/a:	
C.I.	Lugar de Trabajo: ____ Nivel Central ____ SEREMI _____
Fecha afiliación:	Fono/mail
Marcar sistema de salud al cual pertenece	Isapre
	Fonasa
Número de Cuenta:	
Tipo de cuenta:	
Banco:	

TIPO DOCUMENTO (Boleta, Factura, Transbank, Honorarios, Etc,)	N° DOCUMENTO	FECHA DOCUMENTO	VALOR DOCUMENTO (\$)
	N°		\$
MONTO TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS			\$

Firma

Fecha

Nota: Los montos máximos a otorgar por tipo de beneficio, los documentos exigidos, la fecha de pago según fecha de recepción de documentos, fueron informados en CIRCULAR N°01-2025, la que está disponible en: Intranet/ Unidad / Bienestar / Beneficios.

Favor llenar todos los datos solicitados.