






Bienestar

Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas

REEMBOLSO CALIDAD DE VIDA

Síguenos en  



SOLICITUD DE BENEFICIOS BIENESTAR CNCA

FECHA SOLICITUD:

IDENTIFICACION DEL SOCIO _____

R.U.T. _____

DOMICILIO PARTICULAR _____

LUGAR DE DESEMPEÑO REGION _____

TELEFONO DE CONTACTO _____ **SISTEMA DE SALUD**

BENEFICIO CORRESPONDE

NOMBRE CARGA _____

BENEFICIOS MEDICOS SOLICITADOS:

TIPO BONIFICACION: <input type="text"/>	CANTIDAD DOC.: <input type="text" value="5"/>
TIPO BONIFICACION: <input type="text" value="Selección alternativa"/>	CANTIDAD DOC.: <input type="text" value="0"/>
TIPO BONIFICACION: <input type="text" value="Selección alternativa"/>	CANTIDAD DOC.: <input type="text" value="0"/>
TIPO BONIFICACION: <input type="text" value="Selección alternativa"/>	CANTIDAD DOC.: <input type="text" value="0"/>

MONTO PRESENTAD

SUBSIDIOS PARA FUNCIONARIOS CON 4 MESES DE AFILIACION

SUBSIDIOS 1

SUBSIDIOS 2

FIRMA AFILIADO (A)

Al solicitar los beneficios el afiliado debe presentar esta solicitud con firma en original.

COMPRA EXITOSA
N Orden 485866

Monto: \$26.980
Tipo Transaccion: TR_NORMAL
Final N Tarjeta: 7878
Fecha Compra: 13/03/2016
Tipo Pago: RedCompra
Numero de Cuotas: 0
Codigo Autorizacion: 009143
Medio de Pago: WEBPAY

Nombre: Karen Vergara Guerra
RUT: 15.949.521-3

SSC: COMERCIAL STAYKE LTDA.
RUT: 94602100-0
Av. Bruchett 900 Santiago Centro
Circuito Verdadero Parque Araucano,
Galería y Otrera, Celebraciones,
TEL: 24760008 www.fantasilandia.cl
P. V. Nro: 0056

BOLETA Nro: 0000104077
Rev. a: 13/03

Pack Fam Niño: 3020
Pack Fam Adulto: 10950
W Adulto: 2010 30: 12590
TOTAL: 26934800
Pago Internet: 26980

La tienda: Javiera González
Res. 111 Nro 60 Del 20 de Octubre 2003
Boletera de Venta Autorizada Por el SII
ILA 01 versión total1

07310001312

Para efectos de canjear esta Orden de Compra por los productos comprados, debe ser IMPRESA y entregada en Boletería de Fantasilandia.
La persona individualizada en esta Orden de compra deberá presentar su Cédula de identidad para que le sean entregados los productos de esta Orden de compra. No se aceptará ningún tipo de documento como poder simple o documentos similares para la entrega de producto comprado.

Codigo	Producto	P. Unitario	Cantidad	P. Total	Vigencia
31138	Pack Familiar 2016	\$13.990	1	\$13.990	25/09/2016
31138	Entrada Adobo 2016	\$12.990	1	\$12.990	30/04/2016

Detalle:
Total: \$26.980

CHARRA



Para reembolsar actividades recreativas o culturales, no olvides presentar:

1. Solicitud de beneficios.
2. Boleta con detalle de la compra o factura original emitida a nombre del afiliado titular o carga legal.

Y si compras por internet, no olvides presentar:

1. Solicitud de beneficios.
2. Boleta con detalle de la compra o factura original emitida a nombre del afiliado titular o carga legal,
3. Comprobante de pago y/o reserva enviado al correo del titular.



Bienestar

Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas



REEMBOLSO CALIDAD DE VIDA

Síguenos en

SOLICITUD DE BENEFICIOS BIENESTAR CNCA

FECHA SOLICITUD:

IDENTIFICACION DEL SOCIO _____

R.U.T. _____

DOMICILIO PARTICULAR _____

LUGAR DE DESEMPEÑO _____

REGION _____

TELEFONO DE CONTACTO _____ SISTEMA DE SALUD

BENEFICIO CORRESPONDE

NOMBRE CARGA _____

BENEFICIOS MEDICOS SOLICITADOS:

TIPO BONIFICACION: <input type="text"/>	CANTIDAD DOC. <input type="text" value="5"/>
TIPO BONIFICACION: <input type="text" value="Selecciones alternativa"/>	CANTIDAD DOC. <input type="text" value="0"/>
TIPO BONIFICACION: <input type="text" value="Selecciones alternativa"/>	CANTIDAD DOC. <input type="text" value="0"/>
TIPO BONIFICACION: <input type="text" value="Selecciones alternativa"/>	CANTIDAD DOC. <input type="text" value="0"/>

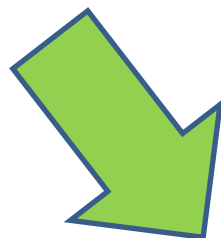
MONTO PRESENTADO

SUBSIDIOS PARA FUNCIONARIOS CON 4 MESES DE AFILIACION

SUBSIDIOS 1: <input type="text" value="Selecciones alternativa"/>	<input type="text" value="1"/>
SUBSIDIOS 2: <input type="text" value="Selecciones alternativa"/>	<input type="text"/>

FIRMA AFILIADO (A)

Al solicitar los beneficios el afiliado debe presentar esta solicitud con firma en original.



MARIA TRINIDAD FARIÑA VICUÑA
ESCUELA DE TAI CHI Y KUNG CLASICOS E.I.R.L.
R.U.T.: 77.230.010-7
ESCUELA DE TAI CHI Y VENTA DE VIDEOS Y TRAJES
Manuel Cruzat 2659 - Fono: 2233 2010 - 2717 5531
E-mail: taichi@tai-chi.cl www.tai-chi.cl
Providencia - Santiago

BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
Nº 014483
CENTRO LOHAN
terapias energeticas

NOMBRE
TELEFONO _____
FECHA

DESCRIPCION	VALOR
Flexibilidad de Tai Chi	
Cheque 2214385	
ChequeBanco <input type="text" value="Chile"/> Efectivo _____ Transferencia _____	TOTAL \$ <input type="text" value="44.000"/>

PATRICIO YOPARE - RUT: 6.100.000 K - Fono: 22033 0000 - Ego.

DUPLICADO: CLIENTE

Para reembolsar actividades en promoción de la salud, no olvides presentar:

1. Solicitud de beneficios.
2. Boleta con detalle de la compra o factura original emitida a nombre del afiliado titular o carga legal.