



# 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:**

<b>TIPO BONIFICACION:</b> <input type="text"/>	<b>CANTIDAD DOC.</b> <input type="text" value="5"/>
<b>TIPO BONIFICACION:</b> <input type="text" value="Selección alternativa"/>	<b>CANTIDAD DOC.</b> <input type="text" value="0"/>
<b>TIPO BONIFICACION:</b> <input type="text" value="Selección alternativa"/>	<b>CANTIDAD DOC.</b> <input type="text" value="0"/>
<b>TIPO BONIFICACION:</b> <input type="text" value="Selección alternativa"/>	<b>CANTIDAD DOC.</b> <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. Bruchef 900 Santiago Centro  
Circuito Verdadero Parque Araucano,  
Galería y Otraz. Celebraciones.  
TEL: 24760008 www.fantasilandia.cl  
P. V. Nro: 0056

BOLETA Nro: 0000194377  
Rev. a: 13/03

Pack Fam Niño: 3020  
Pack Fam Adulto: 10950  
W Adulto: 2016 30: 12590  
**TOTAL:** 26934800  
Pago Internet: 26980

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

07319001312

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)**  
 El afiliado 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
Heurística de Tai Chi	
Cheque 2214385	
ChequeBanco <input type="text" value="Chile"/> Efectivo _____ Transferencia _____	TOTAL \$ <input type="text" value="44.000"/>

PATRICIO YOPARE - RUT: 6.885.988-K - Fono: 22633 3565 - 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.