

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS  
DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA LABORAL  
SERVICIO DE BIENESTAR  
"Un Equipo a su Servicio" \_\_\_\_\_ /

PUENTE ALTO, \_\_\_\_\_

**SOLICITUD VALES DE GAS TEMPORADA INVIERNO (MAYO-SEPTIEMBRE)**

RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE FUNCIONARIO/A: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

CALIDAD JURIDICA:  TITULAR  CONTRATA  REEMPLAZO

UNIDAD: \_\_\_\_\_

Nº DE TELEFONO CELULAR/ ANEXO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

SOLICITO RESPETUOSAMENTE AL SR. DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE, SE ME EFECTÚE EL SIGUIENTE DESCUENTO POR CONCEPTO DE VALES DE GAS

**INDICAR NÚMERO DE VALES SOLICITADOS:**

- 11 KILOS: \_\_\_\_\_ (MAXIMO 3 VALES POR MES).  
(INDICAR Nº DE VALES SOLICITADOS)
- 15 KILOS: \_\_\_\_\_ (MAXIMO 3 VALES POR MES).  
(INDICAR Nº DE VALES SOLICITADOS)
- 45 KILOS: \_\_\_\_\_ (MAXIMO 1 VALE + 1 VALE DE 15 Kg o de 11 Kg).  
(INDICAR Nº DE VALES SOLICITADOS)

**SI QUIERE REPETIR ESTE MISMO PEDIDO INDICAR MESES:**

JUNIO  JULIO  AGOSTO  SEPTIEMBRE

**QUIEN ABAJO FIRMA, DECLARA CONOCER QUE ESTE BENEFICIO SERÁ DESCONTADO EN LA REMUNERACIÓN CORRESPONDIENTE AL/LOS MES/ES SOLICITADO/S.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA INTERESADO/A

EL PRESENTE DOCUMENTO QUEDA SUJETO A REVISIÓN Y APROBACIÓN DEFINITIVA.

**AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
FIRMA JEFE BIENESTAR



Pide disculpas... irreconocer cuando te equivoques te engrandece!