

Fecha

--	--	--

Solicitud De Prestaciones Adicionales Colectivas Trabajador 2025
Uso del Tiempo Libre

CENTRO RECREACIONAL CERRILLOS

Solo se recibirán solicitudes de lunes a jueves, entre las 9:00 hrs. hasta las 18:00 hrs.

I. Antecedentes del trabajador mandatario

Nombre Completo		Rut							
								-	
Dirección		Comuna			Región				
Teléfono Fijo o Celular	Correo Electrónico			Cargo Mandatario					

II. Identificación de la empresa a la cual pertenece el mandatario (*)

Razón Social Empresa	Rut Empresa							
							-	

III. Solicitud de prestación colectiva asociada a uso del tiempo libre ()**

Fecha requerida:	-	-	N° Trabajadores participantes:	
------------------	---	---	--------------------------------	--

Sector Requerido	Horario Solicitado												
Quincho <input type="checkbox"/> Pérgola <input type="checkbox"/>	De: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">HH</td><td></td><td style="text-align: center;">MM</td></tr></table> A: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">HH</td><td></td><td style="text-align: center;">MM</td></tr></table>		:		HH		MM		:		HH		MM
	:												
HH		MM											
	:												
HH		MM											
Salas de: Capacitaciones <input type="checkbox"/> Eventos <input type="checkbox"/>	De: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">HH</td><td></td><td style="text-align: center;">MM</td></tr></table> A: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">HH</td><td></td><td style="text-align: center;">MM</td></tr></table>		:		HH		MM		:		HH		MM
	:												
HH		MM											
	:												
HH		MM											
Canchas de: Fútbol <input type="checkbox"/> Futbolito <input type="checkbox"/> Tenis <input type="checkbox"/>	De: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">HH</td><td></td><td style="text-align: center;">MM</td></tr></table> A: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">HH</td><td></td><td style="text-align: center;">MM</td></tr></table>		:		HH		MM		:		HH		MM
	:												
HH		MM											
	:												
HH		MM											

Firma de trabajador mandatario

Nombre, firma y timbre de Gerente/Jefe de área RRHH

(*) Para efectos del presente instrumento, corresponde a la empresa en la cual uno de los firmantes desempeñamos funciones actualmente bajo subordinación y dependencia.

(**) Toda postulación para ser efectiva debe completar todos los campos requeridos en este documento y adjuntar en archivo Excel la nómina de trabajadores que asistirán al recinto. Información adicional de requisitos para acceder a cada prestación en

Esta solicitud debe ser enviada a beneficiospac@caja18.cl con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha requerida y esperar su autorización.

Las Cajas de Compensación son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social www.suseso.cl - Caja 18 - Todos los derechos reservados

Fecha

NÓMINA DE TRABAJADORES POSTULANTES DE LA ACTIVIDAD
CENTRO RECREACIONAL CERRILLOS

Solo se recibirán solicitudes de lunes a jueves, entre las 9:00 hrs. hasta las 18:00 hrs.

Nº	Nombre completo del Trabajador Afiliado (*)	Rut Afiliado		Firma Trabajador Afiliado
		Número	DV	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Total Trabajadores Afiliados

Firma de trabajador mandatario

Nombre, firma y timbre de
Gerente/Jefe de área RRHH

Recuerde que debe adjuntar esta misma planilla en archivo Excel

(*) Por el presente instrumento, los firmantes facultamos al Mandatario para que actuando en nuestro nombre y representación, presente en Caja 18 esta solicitud de beneficio; siendo dicho Mandatario el exclusivo responsable de su presentación oportuna, y del cumplimiento de los requisitos establecidos en el programa de prestaciones adicionales de Caja 18

Esta solicitud debe ser enviada a beneficiospac@caja18.cl con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha requerida y esperar su autorización.

Las Cajas de Compensación son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social www.suseso.cl - Caja 18 - Todos los derechos reservados