

Fecha

Solicitud De Prestaciones Adicionales Colectivas Trabajador 2024
 Uso del Tiempo Libre
CLUB DE CAMPO DON ELÍAS FIGUEROA (VALPARAÍSO)

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"/>	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM
Casona <input type="checkbox"/> (Máx. 600 pers.)	Pérgola <input type="checkbox"/> (Máx. 280 pers.)
Jardín con pileta <input type="checkbox"/>	Parque infantil <input type="checkbox"/>
Salón de: Chimenea <input type="checkbox"/> (Máx. 70 pers.)	Fogón y bar <input type="checkbox"/> (Máx. 120 pers.)
Sala de: Capacitación 1 <input type="checkbox"/> (Máx. 75 pers.)	Capacitación 2 <input type="checkbox"/> (Máx. 70 pers.)
Capacitación 3 <input type="checkbox"/> (Máx. 35 pers.)	Reuniones <input type="checkbox"/> (Máx. 18 pers.)
Canchas de: Tenis Single <input type="checkbox"/>	Tenis Doble <input type="checkbox"/>
Fútbol <input type="checkbox"/>	Pádel <input type="checkbox"/>
	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM A: <input type="text"/> : <input type="text"/> 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 www.caja18.cl**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