



Fecha / /

SOLICITUD PRESTACIÓN ADICIONAL COLECTIVA TRABAJADORES 2025

(Importante: Completar cada uno de los recuadros relacionados a la P.A.C. postulada y cumplir con todos los requisitos)

I. Identificación de la empresa afiliada

Razón social empresa	Rut empresa	
Dirección	Comuna	Correo electrónico

II. Identificación trabajador MANDATARIO o representante de área RRHH de la empresa

Nombre	Rut postulante	
Primer apellido	Segundo apellido	Teléfono
Correo electrónico	Cargo laboral MANDATARIO	
Cantidad de trabajadores afiliados postulantes a la prestación		

III. Tipo de prestación adicional colectiva (P.A.C.) a la cual postula

Desarrollo laboral	
Curso Desarrollo Integral	<input type="checkbox"/>
Traslado	<input type="checkbox"/>
Describa la actividad a realizar	
Celebraciones	
Día del Niño	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Día del Profesor	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Día del Trabajador	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Día del Funcionario de Salud Primaria	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Fiestas patrias	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Navidad	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Fin de Año	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Día del Funcionario Público	<input type="checkbox"/>
Calidad de vida	
Actividad de Pausa, Autocuidado o Recreación	<input type="checkbox"/>
Describa la actividad a realizar	

LA NÓMINA DE TRABAJADORES DEBE SER ENVIADA EN ARCHIVO EXCEL "Formato Nómina de Trabajadores Solicitud de Prestaciones Adicionales Colectivas (PAC)" DISPONIBLE EN LA PÁGINA WEB DE LA CAJA EN: www.caja18.cl/documentos-descargables

Firma de trabajador mandatarioNombre, firma y timbre de
representante de área RRHH

Toda postulación para ser efectiva debe completar todos los campos requeridos en este documento (con letra clara de imprenta).
Información adicional de requisitos para acceder a cada prestación en www.caja18.cl/sección-descargas-programa-prestaciones.

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



LISTADO DE POSTULACIÓN PRESTACIONES ADICIONALES COLECTIVAS TRABAJADORES

Rut mandatario	Nombre mandatario								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td></tr></table>							-		
						-			
Razón social (nombre) empresa	Rut empresa								
-									

Solicitantes del Beneficio

Los solicitantes del beneficio, facultamos al mandatario individualizado en la parte superior de este instrumento, para que actuando en nuestra representación, presente esta solicitud de postulación ante la C.C.A.F. 18 de Septiembre. Asimismo, solicitamos que en el evento de ser favorecidos con la prestación, el monto del beneficio sea depositado por transferencia electrónica en (marcar con una X la alternativa elegida):

- A. La cuenta (indicando tipo de cuenta) _____ N° _____ del banco _____, de la que el mandatario antes señalado es su titular.
- B. La cuenta (indicando tipo de cuenta) _____ N° _____ del banco _____, correspondiente a la empresa/persona jurídica _____; Rut _____; la que ha consentido para que esta se efectúe, mediante la suscripción del documento denominado "Autorización para el depósito del beneficio prestaciones adicionales colectivas". **Dicha autorización debe llenarse solo y exclusivamente si el pago lo recibirá una persona jurídica.**

**SI SU POSTULACIÓN POSEE O NO LAS FIRMAS DE LOS TRABAJADORES PARTICIPANTES DE LA ACTIVIDAD PAC, IGUALMENTE,
SIEMPRE DEBERÁ ADJUNTAR LA NÓMINA EN ARCHIVO EXCEL**

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				

Firma de trabajador mandatario

Nombre, firma y timbre de
representante de área RRHH

"AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DEL BENEFICIO PRESTACIONES ADICIONALES COLECTIVAS"

Por medio de la presente, y en mi calidad de representante de la empresa/persona jurídica individualizada en la parte final de este documento, declaro lo siguiente:

- a. Que he sido informado por el mandatario de un grupo de trabajadores de la empresa _____, en adelante el “Mandatario”, que tanto él como el grupo que representa, han sido declarados como beneficiarios de una prestación adicional colectiva que les otorgará la C.C.A.F. 18 de Septiembre.
- b. Que en atención a que el otorgamiento del beneficio antes señalado se debe efectuar en una cuenta corriente de la que el Mandatario sea titular, o bien, en una cuenta corriente de una persona jurídica determinada; el Mandatario nos ha solicitado poder recibir el monto del beneficio en la cuenta corriente de mi representada.
- c. Que mi representada ha accedido a la referida solicitud y, por lo tanto, asume el compromiso de entregar al Mandatario los montos recibidos de la C.C.A.F. 18 de Septiembre por concepto del beneficio prestaciones adicionales colectivas, a la mayor brevedad posible, luego de que el Mandatario los requiera.

Nombre Empresa o Persona Jurídica: _____

RUT: _____ - _____

Nombre Apoderado Empresa o Persona Jurídica: _____

C.I. N°: _____ - _____

Firma Apoderado Empresa o Persona Jurídica

Nombre Mandatario: _____

C.I. N°: _____ - _____

Firma Mandatario