Nombre Empresa Logo Empresa

**FORMULARIO ESPECIAL**

**COMPENSACIÓN DE SALA CUNA**

Beneﬁcio dirigido a aquellas colaboradoras que tienen hijos menores de 2 años y gozan de beneﬁcio “sala cuna” otorgada por su empleador, y en su defecto sus establecimientos poseen periodo de vacaciones otorgados por el Ministerio de Educación y para aquellos casos que respondan a situaciones particulares cuyo contexto ocasione el cierre de sala cuna.

Esta situación deberá ser informada previamente por Coordinador de Personas o Encargado Zonal de Tienda.

1. Datos de Colaboradora Solicitante

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| Rut |  |
| Cargo |  |
| Sucursal |  |

1. Información del Hijo(a):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  | |
| Rut |  | Fecha De Nacimiento |

Seleccione Periodo (marque con una X):

Vacaciones Invierno.

Vacaciones Verano.

Otro.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha Inicio |  |
| Fecha Termino |  |
| Monto Otorgado |  |

Junto a este documento, debe anexar y enviar a Casa Matriz:

Certificado de nacimiento del niño (a) exclusivo para asignación familiar. Mutuo acuerdo compensación de sala cuna firmado por colaboradora.

Firma Solicitud Firma y Timbre

Colaboradora RRHH