I. MUNICIPALIDAD DE VALDIVIA
SERVICIO DE BIENESTAR
SALUD MUNICIPAL VALDIVIA

SISTEMA DE BONIFICACIONES MÉDICAS Y SOCIALES
MUNICIPALIDAD DE VALDIVIA

DECLARACION JURADA SIMPLE

YO…… Cedula de Identidad Nº ……. nacionalidad……., trabajo en…….…… declara bajo juramento, que los documentos que adjunto son verídicos y fieles a los originales, para ser presentados al Servicio de Bienestar del Personal de Salud Municipal y se pueda realizar el proceso de reembolso respectivo, en relación a lo que señala el Manual de beneficios.

Los documentos a reembolsar son los siguientes:

Nº	Documentos (detallar nombre del proveedor)	Número de boleta/factura/ voucher/bono	Monto	Fecha del documento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Para constancia firma,

_____
Firma Socio/a

Valdivia, ___, _____, _____.

Servicio de Bienestar del Personal del Área de Salud Municipal de Valdivia
E-mail: lloncon@munivaldivia.cl – bienestarsaludv@gmail.com
Teléfono de Contacto: 63 2277306 - +56 961946343 - Pedro Aguirre Cerda N°231 Las Ánimas – Valdivia.

SISTEMA DE BONIFICACIONES MÉDICAS Y SOCIALES
MUNICIPALIDAD DE VALDIVIA

Nota: La declaración jurada debe ser entregada con los datos solicitados, de lo contrario no se recepcionarán los documentos.