

FORMULARIO DE TRASLADO SALA CUNA

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE ENCARGADO SOLICITUD: _____



EMPRESA

RAZÓN SOCIAL: _____

RUT EMPRESA: _____

CENTRO DE COSTOS: _____

CÓDIGO CLIENTE: _____



BENEFICIARIA

NOMBRE: _____

RUT: _____

NOMBRE HIJO/A: _____

FECHA NACIMIENTO HIJO/A: _____

RUT HIJO/A: _____



SALA CUNA

NOMBRE: _____

RUT: _____

COMUNA: _____

NIVEL (SC – JI): _____

FECHA INGRESO NIÑO/A: _____

VALOR MENSUALIDAD: _____

VALOR MATRÍCULA: _____

RAZONES TRASLADO: _____

PAGO NUEVA MATRÍCULA: EMPRESA BENEFICIARIA

OBSERVACIONES: _____