

**SOLICITUD AMPLIACION SUBSIDIO
DE CESANTIA D.F.L. N° 150**

 AGENCIA

 FOLIO

 Empleado
Obrero

 FECHA RECEPCION
1.- IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE	TELEFONO	R.U.T.
DOMICILIO CALLE N°		POBLACION - COMUNA	CIUDAD	REGION

2.- AMPLIACION DE SUBSIDIO DE CESANTIA SOLICITADA: Marque con X la que corresponda

<input type="checkbox"/>	1ª Ampliación	<input type="checkbox"/>	2ª Ampliación	<input type="checkbox"/>	3ª Ampliación
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

3.- DECLARACION JURADA

El suscrito declara, bajo juramento, que en la actualidad permanece cesante y que no percibe ningún tipo de renta. Me comprometo en caso de obtener empleo, a comunicarlo de inmediato a LOS HEROES.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma del Trabajador _____

Cédula de Identidad N° de

USO INTERNO
RESOLUCION

 La presente Solicitud ha sido APROBADA con fecha de acuerdo a los siguientes antecedentes:

AMPLIACION APROBADA N°	FECHA DERECHO			N° DIAS SUBS	SUBS. DIARIO	SUBS. MENSUAL	N° CARGAS AUTORIZADAS			
							FAM	MAT.	INV	TOTAL

FUNCION	FECHA PRIMER PAGO (FMP)	FECHA SOLICITUD
3		

RETENCIONES

VALOR % SUBS.	N° A. FAM	CAUSANTES	R.U.T.O C.I. BENEFICIARIO	NOMBRE

ANALISTA	CODIFICADO POR	AUTORIZADO POR

**SOLICITUD AMPLIACION SUBSIDIO
DE CESANTIA D.F.L. N° 150**

 NOMBRE DEL TRABAJADOR

Con esta fecha debe concurrir a LOS HEROES

 FECHA RECEPCION