CODELCO
Orgullo de Todos

Dirección de
Administración de Personal
Recursos Humanos
El Teniente

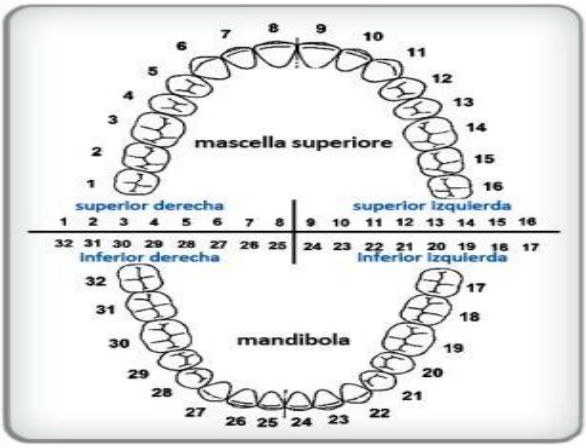
Solicitud de Ayuda por Atención Dental

Nombre del Supervisor _____ RUT _____

Numero SAP _____

Nombre de Beneficiario(a) _____ RUT _____

Nota: Para ser llenado por Dentista Tratante y/o Coordinador



Dientes N°	Tratamiento	Valor

Doctor(a): _____

Rut: _____ Registro Colegio N° _____

Valor del Presupuesto $ _____

Rancagua _____ de _____ de 201 ____

Declaro conocer el Art.20 del reglamento de ejercicio Profesional del Colegio de Dentista de Chile

Firma el Doctor (Tratante) _____

Fue aprobado este presupuesto por: _____pesos Rancagua___ de _____ del 201___

_____
Dentista Coordinador

_____
Supervisor