



Subdirección de Gestión y Desarrollo  
de las Personas  
Departamento de Calidad de Vida  
Subdepto. de Bienestar  
FONO: 72-2337853/ ANEXO 727853



Fono: .....

## SOLICITUD DE INGRESO AL BIENESTAR

FECHA.....

.....  
APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

.....  
ESTABLECIMIENTO

CARGO

GRADO

CALIDAD

PREVISIÓN..... AÑO DE INGRESO AL SERVICIO DE SALUD  
(HOSPITAL).....

RUT N° .....GABINETE.....RENTA MENSUAL  
IMPONIBLE.....

SOLICITA INGRESAR AL SERVICIO DE BIENESTAR A PARTIR DE.....  
AÑO.....

DECLARA CONOCER EL REGLAMENTO DE BIENESTAR, **ACEPTA EL DESCUENTO DEL 1.85% MENSUAL DE SU RENTA IMPONIBLE DE LAS SUMAS CORRESPONDIENTES A PRESTACIONES QUE RECIBE**, SUJETA A TARIFADO, PAGO DE PRÉSTAMOS E INTERESES U OTROS COMPROMISOS DERIVADOS DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS.

PARA LOS EFECTOS DE OBTENCIÓN DE LOS BENEFICIOS EXTENSIVOS A SU FAMILIA DEJA CONSTANCIA QUE SU CÓNYUGE ES

.....  
NOMBRE                      RELACION O PARENTESCO                      FECHA DE NACIMIENTO

.....  
NOTA: SE SOLICITA LLENAR CON LETRA IMPRENTA Y CLARA, PRESENTAR ÚLTIMA LIQUIDACIÓN DE SUELDO Y COPIA DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO DEL FUNCIONARIO.

.....  
FIRMA DEL FUNCIONARIO

.....  
FIRMA ENCARGADO OF. DE PERSONAL  
DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICO  
QUE LOS DATOS SON VERDADEROS)