Servicio de Salud
Del Libertador
General Bernardo
O Higgins

Ministerio de
Salud

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 PASIVOS AL BIENESTAR

FECHA.....

....
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

DOMICILIO: .....

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

CTA. CORRIENTE BANCARIA Nº..... BANCO:.....,

PLAZA: .....

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

DECLARA CONOCER EL REGLAMENTO DE BIENESTAR, **ACEPTA EL DESCUENTO DEL 1% MENSUAL DE SU RENTA DE LAS SUMAS CORRESPONDIENTE A PRESTACIONES QUE RECIBE (PENSIÓN), MÁS EL 50% DEL APORTE INSTITUCIONAL DEL AÑO 2019 ($5.117)** 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 Y/O CARGAS LEGALES SE DEJA CONSTANCIA QUE SU CÓNYUGE ES D. .....

NOMBRE RELACION O PARENTESCO FECHA DE NACIMIENTO

.....

.....

.....

.....

REQUISITOS: QUE PARA TODO EFECTO SU ÚLTIMO EMPLEADOR SEA EL SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS.

NOTA: SE SOLICITA LLENAR CON LETRA IMPRENTA Y CLARA. ADJUNTAR SU PRIMERA LIQUIDACION DE SUELDO DE SU ENTIDAD PAGADORA.

.....

FIRMA DEL FUNCIONARIO
(CERTIFICO QUE LOS DATOS SON VERDADEROS)