



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)