Subdirección de Gestión y Desarrollo de las personas

Departamento de Calidad de Vida

Subdepto. de Bienestar

ANEXO 722-337912 / Red Minsal 727 912

**Establecimiento:** .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**SOLICITUD DE PRÉSTAMO**

# Apellido Paterno

RUT

Apellido Materno

Nombres

Cargo y grado

 **CORREO ELECTRONICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FONO CONTACTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Marcar tipo de préstamo y valor solicitado

Préstamo auxilio: \_ Monto solicitado **$** (máx. año 2023 $200.000) Préstamo médico: \_ Monto solicitado $ (máx. año 2023 $220.000) (Según documentos que respalden gastos médicos)

Préstamo vivienda: Monto solicitado $ (Max. Año 2023 10 UF)

(Según documentos que respalden solicitud)

# Codeudores solidarios:

Firma Imponente

Los abajo firmantes nos hacemos codeudores solidarios del Préstamo, y en el caso que el solicitante no pague la obligación contraída nos hacemos cargo de ella y autorizamos al Bienestar Servicio de Salud O’Higgins, para que se descuente de nuestros sueldos iguales cuotas correspondientes al servicio pactado y no cumplido.

Nombre: Cargo y Grado: Firma: RUT:

# Nombre: Cargo y Grado: Firma:

USO EXCLUSIVO DEL SERV|CIO OE BIENESTAR

**Fecha de ingreso** al **Bienestar: Aporte pagado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de **otorgamiento del** último **préstamo:** Monto a cancelar:

 Renta Mensual: **Renta liquida** mensual:

PERSONA QUE CERTIFICA

(Asistente Social o Encarqada/o de Personal)

Certifica que los avales firmaron ante ml. En caso de verificar datos falsos, se sancionará de acuerdo con el Reglamento con expulsión de los involucrados en el Bienestar y denuncia a los organismos que corresponda.

Nombre: FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:

RUT:

 FONO