



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



## SOLICITUD DE INGRESO AL BIENESTAR

FECHA.....

.....

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

.....

ESTABLECIMIENTO

CARGO

GRADO

CALIDAD

CORREO ELECTRONICO .....TELEFONO CONTACTO.....

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

RUT N° ..... RENTA MENSUAL.....

IMPONIBLE ..... PREVISIÓN SALUD .....

SOLICITA INGRESAR AL SERVICIO DE BIENESTAR A PARTIR DEL MES .....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. ES DE SU RESPONSABILIDAD CONSULTAR POR SUS CUOTAS IMPAGAS EN CASO DE PERMISO SIN GOCE DE SUELDO UNA VEZ QUE SE REINTEGRE.

EN CASO DE RENUNCIA AL SERVICIO DE SALUD OHIGGINS, TAMBIEN DEBERA RENUNICAR CON FORMULARIO DE RENUNCIA AL SERVICIO DE BIENESTAR SSO.

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

.....

### GRUPO FAMILIAR

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)