



Subdirección de Gestión y Desarrollo  
de las Personas  
Departamento de Calidad de Vida  
Subdepto. de Bienestar  
ANEXO 722-727872 /337872



Establecimiento:

Fono:

## SOLICITUD DE PRÉSTAMO

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

RUT

Cargo y grado

Préstamo auxilio: \_\_\_\_\_ Monto solicitado \$ \_\_\_\_\_ (máx. año 2024 **\$400.000**)

Número de cuotas (desde 1 a 10 cuotas) N.º \_\_\_\_\_

Préstamo médico: \_\_\_\_\_ Monto solicitado \$ \_\_\_\_\_ (máx. año 2024 **\$400.000**)

(Según documentos que respalden gastos médicos)

Préstamo vivienda: \_\_\_\_\_ Monto solicitado \$ \_\_\_\_\_ (máx. año 2024 **10 UF**)

(Según documentos que respalden solicitud)

\_\_\_\_\_  
Firma Imponente

### Codeudores solidarios:

**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 para que se descuenta de nuestros sueldos iguales cuotas correspondientes al servicio pactado y no cumplido.**

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

Cargo y Grado: \_\_\_\_\_ Cargo y Grado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

FONO: \_\_\_\_\_ FONO: \_\_\_\_\_

### **PERSONA QUE CERTIFICA**

(Asistente Social o Encargada/o de Personal)

Certifico que los avales firmaron ante mí. 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: \_\_\_\_\_

### USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Fecha de ingreso al Bienestar: \_\_\_\_\_

Aporte pagado hasta: \_\_\_\_\_

Fecha de otorgamiento del último préstamo: \_\_\_\_\_

Monto a cancelar: \_\_\_\_\_

Renta Mensual: \_\_\_\_\_ Renta líquida mensual: \_\_\_\_\_

- RECOMENDACIONES:**
- 1.- NO EXCEDER EN EL 15% MONTO TOPE PARA DESCUENTOS.
  - 2.- FOTOCOPIA ÚLTIMA LIQUIDACION DE SUELDO DEL IMPONENTE Y CODEUDORES.
  - 3.- CARTA DE COMPROMISO



Subdirección de Gestión y Desarrollo de las personas  
Departamento de Calidad de Vida  
Subdepto. de Bienestar  
ANEXO 72 2-727872 / 3378 72



Fecha: \_\_\_\_\_

### CARTA DE COMPROMISO

Yo \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_ perteneciente al Hospital de \_\_\_\_\_

declaro que en caso de tener deudas pendientes con Bienestar, no podré pagarme de los beneficios y tampoco podré renunciar al Servicio de Bienestar.

\_\_\_\_\_  
Nombre, Rut y Firma titular