



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



Establecimiento:

Fecha solicitud:

SOLICITUD DE PRÉSTAMO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Rut
Teléfono contacto	Correo electrónico		

Solicito autorización de préstamo según los requerimientos establecidos por Circular n° 1 del año 2025 del Servicio de Bienestar Salud O'Higgins.

	Monto Exacto a solicitar	Numero de cuotas (hasta 10)
AUXILIO (máx. año 2025 \$400.000)		
MEDICO (máx. año 2025 \$400.000)		
VIVIENDA (máx. año 2025 10 UF)		

Firma Imponente:_____

De los 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 SS Bienestar Salud O'Higgins para que se descuente de nuestros sueldos iguales cuotas correspondientes al préstamo pactado y no cumplido.

Nombre y apellidos codeudores	Rut	Fecha ingreso Bienestar	Cargo	Grado	FIRMA

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 líquida Mensual: _____ 15% de autorización _____

- RECOMENDACIONES:**
- 1.- Revisar en liquidación de Sueldo No exceder en el 15% monto tope descuentos.
 - 2.- Copia última liquidación de sueldo del imponente y 2 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

Por medio del presente Yo _____
RUT _____ perteneciente al Hospital de _____
y en mi calidad de Imponente Activo del Servicio de Bienestar Salud O'Higgins, e contraído deuda por Préstamo Social, declaro que en caso de tener deudas pendientes por el préstamo de _____, contraído con fecha _____ por la cantidad de _____ descontado por planilla de mis remuneraciones mensuales por _____ meses, no podré pagarme de los beneficios médicos y/o subsidios que solicite de la cartera de Bienestar y tampoco podré renunciar al Servicio de Bienestar hasta el termino de este préstamo solicitado, no obstante, de lo contrario serán mis codeudores quienes deberá cancelar lo adeudado.

Nombre, Rut y Firma imponente solicitante

Nombre, Rut y Firma titular codeudor 1

Nombre, Rut y Firma titular codeudor 2