



**Servicio de Salud
Del Libertador
General Bernardo
O Higgins**

Ministerio de
Salud

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



**Servicio de Salud O'Higgins
Servicio de Bienestar**

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, y 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 RENUNCIAR 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)**