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

Bienestar
A SU ALCANCE
Servicio de Salud O'Higgins
Servicio de Bienestar

SOLICITUD DE INGRESO PASIVOS AL BIENESTAR

FECHA…….

…… …… ……
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

DOMICILIO: ……

RUT N°…… RENTA MENSUAL IMPONIBLE……

CTA. CORRIENTE BANCARIA Nº…… BANCO ……,
PLAZA: ……
CORREO ELECTRONICO ……TELEFONO CONTACTO……,

SOLICITA INGRESAR AL SERVICIO DE BIENESTAR A PARTIR DE…….. AÑO……..

DECLARA CONOCER EL REGLAMENTO DE BIENESTAR, **ACEPTA EL DESCUENTO DEL 1% MENSUAL DE SU RENTA DE LAS SUMAS CORRESPONDIENTE A PRESTACIONES QUE RECIBE (PENSIÓN), MÁS EL 50% DEL APORTE INSTITUCIONAL DEL AÑO 2023 ($5.732)** SUJETA A TARIFADO, PAGO DE PRÉSTAMOS E INTERESES U OTROS COMPROMISOS DERIVADOS DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS.

PARA LOS EFECTOS DE OBTENCIÓN DE LOS BENEFICIOS EXTENSIVOS A SU FAMILIA Y/O CARGAS LEGALES SE DEJA CONSTANCIA QUE:

NOMBRE RELACION O PARENTESCO FECHA DE NACIMIENTO

……

…… ……

…… ……

REQUISITOS: QUE PARA TODO EFECTO SU ÚLTIMO EMPLEADOR SEA EL SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS.
Debe incluir certificado de AFP, Compañía Seguro o ISP que acredite vigencia de carga familiar.
Debe incluir ultima liquidación de pago de pensión de vejez o invalidez. .

NOTA: SE SOLICITA LLENAR CON LETRA IMPRENTA Y CLARA. ADJUNTAR SU PRIMERA LIQUIDACION DE SUELDO DE SU ENTIDAD PAGADORA.

……..
FIRMA DEL EXFUNCIONARIO
(CERTIFICO QUE LOS DATOS SON VERDADEROS)