



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



Servicio de Salud O'Higgins
Servicio de Bienestar

SOLICITUD DE PRÉSTAMO

Establecimiento:

Fecha solicitud:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Rut

Teléfono contacto Correo electrónico

**Solicito autorización de préstamo según los requerimientos establecidos por Circular
n° 1 del año 2026 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: _____ Timbre _____

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Fecha de ingreso al Bienestar: _____ Aporte pagado hasta: _____
Fecha de otorgamiento del último préstamo: _____ Monto a cancelar: _____ Renta
liquida 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



Servicio de Salud O'Higgins
Servicio de Bienestar

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