



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