

SOLICITUD DE AFILIACION AL SERVICIO DE BIENESTAR SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

1. POSTULANTE

RUT		APELLIDO PAERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES			GÉNERO 1 F 2 M	
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL 1 SOLTERA 2 CASADA 3 VIUDO 4 DIVORCIADO	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		
DOMICILIO			COMUNA			
PREVISIÓN 1 A.F.P. 2 I.P.S.	SALUD 1 FONASA 2 ISAPRE	GRADO	ESTABL. 1325 HEC 1315 D.S.S.M.C 1317 H.C.S.B.A. 1319 H.U.A.P. 0103 CES.N°1 0104 CES.MAIPU 0105 CES.5 0106 VOULLIEME		0107 CHUCHUNCO 0108 NOGALES 0109 LO VALLEDOR 0110 DR. AHUES 0111 DAP CENTRAL 0113 CESFAM S. PINCHEIRA 0114 LAS MERCEDES	
SERVICIO/UNIDAD/DEPTO.	PROFESION/FUNCION	PLANTA 1 DIRECTIVOS 2 PROFESION 3 TECNICOS 4 ADMINIS. 5 AUXILIARES 6 LEY 15.076 7 LEY 19.664	CALID. JUR 1 TITULAR 2 CONTRATO	JUBILADO 1 SI 2 NO		

Solicito ingresar al Servicio de Bienestar del S.S.M.C a partir del mes de _____ de _____. Declaro conocer el reglamento del Servicio de Bienestar y autorizo se me descuente mensualmente el 1,3 % de mis remuneraciones imponibles para pensiones y de la suma correspondiente a prestaciones que reciba sujetas a tarifados o aranceles, pago de préstamos e intereses u otros compromisos derivados de las disposiciones reglamentarias (certificado de contrato) además declaro tener reconocidas las siguientes cargas familiares debidamente comprobadas con documentos que se adjuntan. (copia de resolución) Acepto se me descuente por concepto de cuota de incorporación correspondiente al 1% de mis remuneraciones imponibles para pensiones por una vez en cada afiliación.

2. CARGAS FAMILIARES

NOMBRES	GÉNERO	RUT CARGA	RELACIÓN	FECHA NACIMIENTO	ESCOLARIDAD

CERTIFICO QUE LOS DATOS SON EXACTOS	GÉNERO 1 FEMENINO 2 MASCULINO	RELACIÓN 1 CONYUGE 2 HIJO 3 MADRE VIUDA 4 PADRE 5 NIETO 6 OTROS	ESCOLARIDAD 0 SIN ESTUDIOS 1 KINDER 2 E. BASICA 3 E. MEDIA 4 E. SUPERIOR
	(DEBERÁ ADJUNTAR FOTOCOPIA RUT, ÚLTIMA LIQUIDACIÓN DE SUELDO Y CERTIFICADO CARGAS FAMILIARES EMITIDA POR OFICINA DE PERSONAL RESPECTIVA (SI PROCEDE))		

FIRMA DEL INTERESADO

V°B° CONSEJO ADMINISTRATIVO
SERVICIO DE BIENESTAR

V°B° ASISTENTE SOCIAL ESTABLECIMIENTO

NOTA : LAS SOLICITUDES DE AFILIACIÓN DEBEN SER ENTREGADAS EN LAS U. DE BIENESTAR LOCAL, ÉSTAS DEBEN SER ENTREGADAS HASTA EL DÍA 2 DE CADA MES. UNA VEZ GENERADA SU LIQUIDACIÓN DE SUELDO EN EL MÓDULO DE AUTOCONSULTA