



AUXILIO:

MEDICO:

HABITACIONAL:

## SOLICITUD DE PRÉSTAMO

RUT AFILIADO	APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES	EST. CIVIL	(1) SOLTERO (2) CASADO (3) VIUDO (4) DIVORCIADO
FECHA NACIMIENTO	TELEFONO	DOMICILIO			COMUNA	
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	ESTAB.		(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	JUBILADO (1) SI (2) NO
PREVISION	SALUD	GRADO	Calida Juridica			
(1)AFP (2)I.P.S SERVICIO/UNIDAD/DEPTO.	(1)Fonasa (2)Isapre Profesión	Planta	(1)Directivo (2)Profesion (3)Tecnicos	(4)Administrativo (5)Auxiliares (6)Lley N°15.076	(1)Titular (2)Contrata	

EN CONFORMIDAD CON LA REGLAMENTACION VIGENTE Y SU MODIFICACIÓN, SOLICITO A USTED, SE SIRVA CONCEDERME PRÉSTAMO POR \$ \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_ CUOTAS, PARA LO CUAL ADJUNTO LOS ANTECEDENTES QUE ORIGINAN MI PETICIÓN. AUTORIZO AL SERVICIO DE BIENESTAR PARA QUE EJECUTE LOS DESCUENTOS MENSUALES DE MI SUELDO, DE ACUERDO AL 4% DE INTERÉS ANUAL Y A SU REAJUSTABILIDAD EN CONFORMIDAD A LA LEY N°18.010

\_\_\_\_\_  
FIRMA INTERESADO

\_\_\_\_\_  
V°B° ASISTENTE SOCIAL ESTABLECIMIENTO

### DATOS DEUDOR SOLIDARIO 1

RUT DEL AFILIADO	APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES
CALIDAD JURIDICA	ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO		COMUNA
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			

### DATOS DEUDOR SOLIDARIO 2

RUT DEL AFILIADO	APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES
CALIDAD JURIDICA	ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO		COMUNA
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

### USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR (Unidad Cuentas Corrientes)

TRES ULTIMOS APORTES	ULTIMO PRESTAMO	MONTO PRÉSTAMO	N° CUOTAS
OBSERVACION			

\_\_\_\_\_  
V°B°  
CUENTAS CORRIENTES

\_\_\_\_\_  
V°B°  
JEFE SERVICIO BIENESTAR

NOTA : LOS DESCUENTOS TANTO DEL AFILIADO SOLICITANTE COMO DE LOS CODEUDORES SOLIDARIOS NO DEBEN SUPERAR EL 15% DE SU REMUNERACIÓN IMPONIBLE.



