



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

(0107) CHUCHUNCO

JUBILADO

(1) SI

(1317) H.C.S.B.A.

(0108) NOGALES

(2) NO

(1319) H.U.A.P.

(0109) LO VALLEDOR

PREVISION

SALUD

GRADO

(0103) CES.N°1

(0110) DR. AHUES

(0104) CES.MAIPU

(0111) DAP CENTRAL

(0105) CES.5

(0113) CESFAM S. PINCHEIRA

(1) AFP

(2) I.P.S

SERVICIO/UNIDAD/DEPTO.

(1) Fonasa

(2) Isapre

Profesión

Planta

(1) Directivo (4) Administrativo

(2) Profesion (5) Auxiliares

(3) Tecnicos (6) Ley N°15.076

Calida Juridica

(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

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

RUT DEL AFILIADO

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRES

CALIDAD JURIDICA

ESTABLECIMIENTO

DOMICILIO

COMUNA

CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

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.

