

MINISTRO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

DEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL

**UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL**

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR**

1. **SOLICITUD DE INGRESO**

De acuerdo a lo estipulado en el DS. 28/94, Titulo lll Art. N°8 solicito mi incorporación voluntaria al Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua.

Para los efectos de la afiliación, pagaré por una sola vez el 1% de mi remuneración imponible como cuota de incorporación y el 1,3% de aporte mensual, autorizando por este medio el descuento por planilla. El imponente pasivo pagara 1,0 % de afiliación y el aporte institucional.

Declaro, además, conocer y aceptar la reglamentación vigente del Servicio de Bienestar y su Normativa anual de beneficios sociales y modalidades de concesión.

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Y TELÉFONO PERSONAL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARGO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **USO INTERNO OFICINA DE PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO**

**CONDICIÓN CONTRACTUAL**

PLANTA: \_\_\_ - CONTRATA: \_\_\_ FECHA DE CONTRATO SIRH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para los efectos de obtención de los beneficios extensivos a mi familia dejo constancia de las siguientes cargas autorizadas:

**NOMBRE COMPLETO RELACIÓN O PARENTESCO**

1.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE, FIRMA, TIMBRE**

**JEFE/A OFICINA PERSONAL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL/LA SOLICITANTE**

1. **USO INTERNO UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL DIRECCION SERVICIO SALUD**

Con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el Consejo Administrativo de Bienestar acepta el ingreso al Servicio de Bienestar del/la funcionaria/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* VERIFICACIÓN DATOS EN SIRH: SI \_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_
* PRIMER DESCUENTO REALIZADO: SI \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / NO\_\_\_\_\_\_

* CUOTA DE INCORPORACIÓN: SI \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / NO\_\_\_\_\_\_
* FECHA INGRESO DESCUENTO SIRH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENCARGADA AFILIACIÓN**

**UNIDAD SERVICIO DE BIENESTAR INTEGRAL**

(Nombre y firma)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**JEFA UNIDAD BIENESTAR INTEGRAL**

**SECRETARIA**

**CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR**

(Nombre y firma)

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_