



MINISTRO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE 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, Título III 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 pagará 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:** _____

2. 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 de constancia de las siguientes cargas autorizadas:

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN O PARENTESCO
1.- _____	_____
2.- _____	_____
3.- _____	_____
4.- _____	_____
5.- _____	_____

**FIRMA DEL/LA
SOLICITANTE**

**NOMBRE, FIRMA, TIMBRE
JEFE/A OFICINA PERSONAL**

3. 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: _____