

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUB.GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
DEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL

ESTABLECIMIENTO:
FECHA RECEPCION: ESTABLECIMIENTO
FECHA BIENESTAR INTEGRAL.....

SOLICITUD DE PRESTAMO
(Regido por Art. 14 Título IV del Reglamento Interno Servicio de Bienestar)

I.- ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE:

.....		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
.....		
RUT	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO

Declaro conocer las disposiciones vigentes sobre el otorgamiento de los préstamos y autorizo al Servicio de Bienestar para que, de acuerdo al sistema reglamentario, descuenta de mi remuneración mensual, o de los codeudores solidarios que presento en los casos que procedan, las sumas necesarias para cubrir íntegramente el préstamo y sus intereses correspondientes.
Acepto que en caso que el monto solicitado exceda el límite máximo para descuentos voluntarios, optar por un monto inferior.

Firma del funcionario solicitante:

II.- ANTECEDENTES DE PRESTAMO SOLICITADO

Tipo de Préstamo		Monto Solicitado	Nº cuotas de pago
.....			
☐	Préstamo Auxilio	\$	
☐	Préstamo Médico	\$	
☐	Préstamo Habitacional	\$	

III.- ANTECEDENTES CODEUDORES (3 meses mínimo afiliación/sueldo líquido igual o superior)

Declaro conocer mis responsabilidades como codeudor solidario del préstamo.

Nombre codeudor N°1Rut..... Firma.

Nombre codeudor N°2Rut..... Firma:

IV.- ANTECEDENTES OFICINA DE RENTAS DEL ESTABLECIMIENTO

Renta líquida solicitante \$ del mes de de y su

Alcance líquido del mes es de \$

Renta líquida codeudor N°1: \$ del mes de de

Renta líquida codeudor N°2: \$ del mes de de

Nombre Jefe de Sección: Firma

V.- ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Situación actual de préstamo: P. Auxilio:

P. Médico:

P. Habitacional:

Firma Administrativo Bienestar.....

Autorizado ☐ Fecha:

Rechazado ☐ Fecha:

Observaciones:

Firma Jefa de Bienestar: