



SOLICITUD INGRESO SERVICIO BIENESTAR

DOMICILIO	CHADE NACIMIENTO			
DOMICILIO	. CПА DE NACIMIENTO	RU	Т	ESTADO CIVIL
FONO CELULAR EMAIL FECHA INICIO CONTRATO CONTRATO CONTRATO TRANSITORIO: SI NO FECHA TERMINO CONTRATO GRADO TITULAR CONTRATA CODIGO DEL' UNIDAD DE TRABAJO ESTABLECIMIENTO PREVISION PREVISION SALUD Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de de laño	OMICILIO		COMUNA	
FECHA TERMINO CONTRATO CARGO GRADO TITULAR CONTRATA CODIGO DEL OUNIDAD DE TRABAJO ESTABLECIMIENTO RENTA IMPONIBLE \$ PREVISION PREVISION PREVISION SALUD Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de descuento del 1,6% de mi renta me de las sumas correspondientes a prestaciones que reciba y a devoluciones de préstamos con sus respectivos intere mismo, cualquier otro compromiso que adquiera derivado de las disposiciones reglamentarias vigentes. Dejo constancia que tengo reconocidas las siguientes cargas familiares: APELLIDOS Y NOMBRES PARENTESCO FECHA DE NACIMIENTO 1 2 3 4 Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENESI				
CARGO GRADO TITULAR CONTRATACODIGO DEL_* UNIDAD DE TRABAJO ESTABLECIMIENTO RENTA IMPONIBLE \$ PREVISION PREVISION SALUD Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de	CHA INICIO CONTRATO		CONTRATO TR	ANSITORIO: SI 🗆 NO 🗀
UNIDAD DE TRABAJO	CHA TERMINO CONTRATO	0		
RENTA IMPONIBLE \$ PREVISION PREVISION SALUD PREVISION SALUD PREVISION SALUD PREVISION SALUD PREVISION SALUD PREVISION SALUD Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de	ARGO	_ GRADO TIT	ULAR CONT	RATACODIGO DEL TRAB
Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de	NIDAD DE TRABAJO	E	STABLECIMIEN'	то
Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de	ENTA IMPONIBLE \$	PREVISIO	N	PREVISION SALUD
de las sumas correspondientes a prestaciones que reciba y a devoluciones de préstamos con sus respectivos interemismo, cualquier otro compromiso que adquiera derivado de las disposiciones reglamentarias vigentes. Dejo constancia que tengo reconocidas las siguientes cargas familiares: APELLIDOS Y NOMBRES PARENTESCO FECHA DE NACIMIENTO 1 2 3 4 Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST	icito ingresar al Servicio de Biene	estar a partir del mes de	d	
APELLIDOS Y NOMBRES PARENTESCO FECHA DE NACIMIENTO 1 2 3 4 Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST	las sumas correspondientes a prest	taciones que reciba y a dev	oluciones de préstan	nos con sus respectivos intereses, cor
2 3 Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST	ejo constancia que tengo recono	ocidas las siguientes car	gas familiares:	
2 3 Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESC	O FECHA	DE NACIMIENTO RUN
2 3 4 Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST				
Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST				
Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST				
Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST				
Documento a adjuntar: • Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST				
Certificado de relación de servicios del último año FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST				
FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST				
FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST	ertifico que todos los datos de			
FIRMA DEL FUNCIONARIO(A) FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE FIRMA Y TIMBRE PDTA. (D) CONSEJO JEFE BIENEST	ertifico que todos los datos de Documento a adjuntar:	eclarados en este formi	ılario son exactos	
	ertifico que todos los datos de Documento a adjuntar:	eclarados en este formi	ılario son exactos	
	ertifico que todos los datos de Documento a adjuntar:	eclarados en este formi	ulario son exactos no año	y verdaderos
PERSONAL SST	ertifico que todos los datos de Documento a adjuntar:	eclarados en este formi	ulario son exactos no año	y verdaderos
	Pertifico que todos los datos de Documento a adjuntar: • Certificado de relació IRMA Y TIMBRE FIR SISTENTE SOCIAL JER	eclarados en este forma ón de servicios del últim RMA Y TIMBRE FE(A) OFICINA	pdta. (D) CONSE	y verdaderos MA DEL FUNCIONARIO(A) EJO JEFE BIENESTAR
EECHA DE COLICITUD	Pertifico que todos los datos de Documento a adjuntar: • Certificado de relació IRMA Y TIMBRE FIR SISTENTE SOCIAL JER	eclarados en este forma ón de servicios del últim RMA Y TIMBRE FE(A) OFICINA	pdta. (D) CONSE	y verdaderos MA DEL FUNCIONARIO(A) EJO JEFE BIENESTAR
USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR	Documento a adjuntar:	eclarados en este forma ón de servicios del últim RMA Y TIMBRE FE(A) OFICINA PERSONAL	PDTA. (D) CONSE	y verdaderos MA DEL FUNCIONARIO(A) EJO JEFE BIENESTAR
SOLICITUD AUTORIZADA SOLICITUD RECHAZADA SUMA MENOS DE 6 MESES CONTINUOS EN UN AÑO	Documento a adjuntar:	eclarados en este forma ón de servicios del últim RMA Y TIMBRE FE(A) OFICINA PERSONAL	PDTA. (D) CONSE ADM. BIENESTA	y verdaderos MA DEL FUNCIONARIO(A) EJO JEFE BIENESTAR