



SOLICITUD INGRESO SERVICIO BIENESTAR

Datos del/la
Funcionario(a)

APELLIDOS Y NOMBRES _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT _____ ESTADO CIVIL _____

DOMICILIO _____ COMUNA _____

FONO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

Campos Exclusivos de
Oficina del Personal

FECHA INICIO CONTRATO _____ CONTRATO TRANSITORIO: SI ☐ NO ☐

FECHA TERMINO CONTRATO _____

CARGO _____ GRADO _____ TITULAR _____ CONTRATA _____ CODIGO DEL TRABAJO _____

UNIDAD DE TRABAJO _____ ESTABLECIMIENTO _____

RENTA IMPONIBLE \$ _____ PREVISION _____ PREVISION SALUD _____

Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de..... del año.....

Declaro conocer el REGLAMENTO DE BIENESTAR, Acepto y Autorizo el descuento del 1,6% de mi renta mensual imponible, de las sumas correspondientes a prestaciones que reciba y a devoluciones de préstamos con sus respectivos intereses, como así 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	RUN
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
ASISTENTE SOCIAL

FIRMA Y TIMBRE
JEFE(A) OFICINA
PERSONAL

PDTA. (D) CONSEJO
ADM. BIENESTAR
SST

JEFE BIENESTAR
SST

FECHA DE SOLICITUD.....

USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR

SOLICITUD AUTORIZADA ☐

SOLICITUD RECHAZADA ☐ SUMA MENOS DE 6 MESES CONTINUOS EN UN AÑO

EN REVISIÓN ☐

OBSERVACIÓN.....