Certificado de Personal o Sueldos del Establecimiento correspondiente:

**FIRMA Y TIMBRE JEFE PERSONAL O SUELDOS**

N° FOLIO

(USO INTERNO BIENESTAR SSVSA)

**SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS SUBDEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SSVSA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |
| **Establecimiento** |  |
| **Unidad** |  |

SOLICITUD DE PRESTAMOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SSVSA

# Antecedente afiliado/a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUT** |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
|  |  |  |
| Teléfono/ Anexo | Correo Electrónico | Calidad Juridica |

**Tipo de Préstamo:**

Al Consejo Administrativo de Bienestar. En conformidad al reglamento Vigente solicito a ud. un préstamo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prestamos** | **Monto** | **N° Cuotas** |
| Auxilio |  |  |
| Medico |  |  |
| Habitacional Ampliación y/o Reparación |  |  |
| Habitacional para completar ahorro para la vivienda |  |  |

Autorizo al Servicio de Bienestar del Servicio Salud Valparaíso San Antonio para que descuente de mis remuneraciones, las sumas que correspondan para cubrir íntegramente la deuda e intereses contraídos con el Servicio de Bienestar

# Codeudores:

|  |  |
| --- | --- |
| **Codeudor N° 2** | |
| **Nombre:** |  |
| **RUT** |  |
| **Establecimiento** |  |
| **Firma** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Codeudor N°1** | |
| **Nombre:** |  |
| **RUT** |  |
| **Establecimiento** |  |
| **Firma** |  |

Declaramos estar en conocimiento, que por este hecho asumimos la

responsabilidad de orden económico y que aceptamos los descuentos que se hagan a nuestras remuneraciones, por incumplimiento de lo pactado, ya sea por renuncia, termino de contrato o falta de liquidez del solicitante.

## FIRMA SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| Certifico que el imponente presta sus  servicios en: |  |
| Cargo |  |
| Grado |  |
| Renta Mensual |  |
| Alcance Liquido |  |

Nota: Los descuentos tanto del afiliado como los codeudores no deben superar el 15% tope de descuento legal.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acepta |  | En Caso Rechazo Indicar Motivo: |
| Rechaza |  |

## FIRMA ASISTENTE SOCIAL DERIVADOR QUE AUTORIZA

**USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR CENTRAL DEL SSVSA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA RECEPCION EN**  **BIENESTAR CENTRAL** | **FECHA DE REVISION** | **REVISOR** | **FECHA DIGITACION** | **DIGITADOR** |
|  |  |  |  |  |

## V°B° SERVICIO DE BIENESTAR