



SERVICIO DE BIENESTAR APS

LEY Nº 19.378 APS IQUQUE

FECHA: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD PRESTAMO DE JUBILADOS/AS

NOMBRE COMPLETO SOCIO AFILIADO/A JUBILADO/A		RUT
DOMICILIO		TELEFONO PARTICULAR
		FECHA SOLICITUD
		+569

NOMBRE COMPLETO SOCIO AFILIADO/A AVAL		RUT
CENTRO LABORAL		TELEFONO PARTICULAR
		E-MAIL
		+569

SOLICITO EL PRESTAMO POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS


ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTOS RESPALDANDO MI SOLICITUD

- 1.- Fotocopia cédula Identidad de AVAL por ambos lados
- 2.-
- 3.-
- 4.-

El Monto solicitado es \$ \_\_\_\_\_. Asimismo, manifiesto tener conocimiento y autorizo los descuentos por Planilla de liquidación, a fin de dar pago a la presente solicitud y sugiero que el monto sea amortizado en \_\_\_\_\_ cuotas mensuales, previa evaluación del Servicio de Bienestar de APS- CORMUDESÍ. Solicitud que, de ser aprobada, será confirmada, de manera directa o por medio de contacto telefónico.

De esta manera, además declaro formalmente que conozco y acepto los Artículos 11, letra C y 22, Punto 2, letra C del Reglamento del Servicio de Bienestar de APS – CORMUDESÍ, que señalan respectivamente:

*“Mientras mantenga la calidad de afiliado, no podrá eximirse por causa alguna de la obligación de pagar sus cuotas y de cumplir con los demás compromisos contraídos con el Servicio de Bienestar. Esta obligación incluye los períodos en que el afiliado se encuentre con feriado legal, licencias médicas, permisos sin goce de remuneración, acciones y periodos de suspensión”*

*“En caso del socio jubilado, se le solicitará un aval activo dentro del Departamento de Salud y que sea socio del Servicio de Bienestar”.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE APELLIDO Y FIRMA DE  
AFILIADO/A JUBILADO/A

\_\_\_\_\_  
NOMBRE APELLIDO Y FIRMA DE  
AFILIADO/A AVAL

USO EXCLUSIVO CONTABILIDAD SERVICIO DE BIENESTAR	
Tipo de Contrato	
Monto Autorizado	\$
Valor Cuota	\$

FIRMA V°B°  
CONTADOR SERV. BIENESTAR  
APS-CORMUDESÍ

FIRMA V°B°  
ENCARGADA SERV.  
BIENESTAR APS-CORMUDESÍ