



**SOLICITUD DE CONTINUIDAD SERVICIO BIENESTAR**  
**SOCIOS(AS) JUBILADOS(AS)**

CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN	Si	
NO CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN	NO	

APELLIDOS Y NOMBRES				
FECHA DE NACIMIENTO				
RUT				
ENTIDAD PREVISIONAL	AFP		IPS	
DOMICILIO				
COMUNA				
EMAIL				
FONO		CELULAR		

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN:

Dirección	
Complejo Asistencial	
Hospital Mulchen	
Hospital Santa Barbara	
Hospital Huepil	
Hospital Yumbel	
Hospital Laja	
Hospital Nacimiento	

Estimado Consejo Administrativo de Bienestar , Como Funcionario activo manifiesto mi intención de continuar siendo imponente del Servicio de Bienestar como imponente jubilado a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, fecha en la que se genera mi desvinculación con funcionario(a) de esta institución.

Declaro conocer el REGLAMENTO DE BIENESTAR, aceptando desde ya se me efectúen los siguientes descuentos de mi pensión de jubilación: a) hasta el 1% correspondiente a mi aporte como imponente; b) hasta el 0.5 % del aporte institucional todo de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA INTERESADO(A)**

FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_