



Unidad de Bienestar

SOLICITUD DE FRANQUICIAS y/o PRESTAMOS

Recibido en Bienestar: _____

A. INDIVIDUALIZACIÓN DEL IMPONENTE:

_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
_____	_____	_____
R.U.N. N°	Cargo	Establecimiento
Dirección: _____		Ciudad: _____
Correo Electrónico: _____		Teléfono: _____

B. SOLICITA AL SERVICIO DE BIENESTAR LOS SIGUIENTES BENEFICIOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO PARTICULAR.

Cant.	DETALLE DE BENEFICIOS	Valor de cada uno	Bonificación	Imputación

Imponente Carga Familiar Nombre: _____

C. PRESTAMOS (Marque lo que corresponda)

Auxilio _____ Médico _____ Habitacional _____ N° de meses _____ Monto \$ _____

Nombre y Apellidos completos fiadores:

Fiador 1) _____ R.U.N. _____ Firma _____

Fiador 2) _____ R.U.N. _____ Firma _____

Tipo Préstamo	Fecha Otorgamiento	Monto en \$	Imputación

Declaro bajo juramento que los datos entregados en este documento son la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad del cualquier ilícito.

**Al Consejo Administrativo de Bienestar
Servicio de Salud Bío Bío**

FECHA: _____

_____ **FIRMA IMPONENTE**

USO EXCLUSIVO BIENESTAR
Ingreso a Bienestar _____
Aporte hasta _____
Adeuda _____

V° B° ENCARGADA

CERTIFICACIÓN DEL PAGO
Certifico que he recibido cheque N° _____
serie _____ del Banco del Estado de Chile, por el valor de
\$ _____ que paga beneficios B o C.

FECHA RECIBÍ CONFORME FIRMA RECIBÍ CONFORME

_____ **CONTADOR**

_____ **JEFE BIENESTAR**