SOLICITUD DE INGRESO AL SERVICIO DE BIENESTAR
I L U S T R E M U N I C I P A L I D A D D E V A L P A R A I S O
CORPORACION MUNICIPAL AREA SALUD

Fecha de Solicitud	:	
Fecha de Ingreso	:	
Fecha Inicio de Beneficios	:	

A.- ANTECEDENTES DE IDENTIFICACION

Funcionario	:						
RUT	:						
Fecha de Nacimiento	:						
Domicilio	:	**Calle:**					
		Nº		**Sector:**		**Comuna:**	
Teléfono Particular	:			**Teléfono Laboral:**			
E-mail	:						
Sistema de Salud	:				**Sindicato:**		
F. Ingreso Corporación Municipal	:			**Calidad Contractual:**		**Planta / Contrata**	
Cargo	:						
Establecimiento de Salud	:						
Categoría	:	**A / B / C / D / E / F**					
Nivel	:	**1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15**					

B.- ANTECEDENTES CONYUGE (NO CARGA)

Nombres	:			
RUT	:		**F. Nacimiento:**	
Domicilio	:			

C.- MANDATO ESPECIAL (en caso de defunción del funcionario)

Ante mi eventual deceso en calidad de afiliado a éste Servicio de Bienestar, dispongo que la correspondiente Ayuda por Defunción sea pagado a; **(persona mayor de edad)**

_____ Rut Nº _____

D.- CARENCIA

Forma de Pago	:	**-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.** **-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.**
Indicar forma de pago	:	
Mes de Descuento	:	

E.- FORMA DE PAGO, BENEFICIO DE BIENESTAR(Excluye Beneficio Matrimonio, Nacimiento, Defunción y Beca de Estudios)

Institución	:	
Tipo de Cuenta		
Nº de Cuenta		

F.- FIRMA

Por medio de la presente, solicito al Comité de Bienestar, mi incorporación al Servicio de Bienestar de la I. Municipalidad de Valparaíso, declarando lo siguiente:

1. Que conozco y acepto el Reglamento del Servicio de Bienestar en todas sus partes.
2. Que autorizo que se me efectúen los descuentos correspondientes.
3. Que los antecedentes confidenciales que a continuación refiero son fidedignos.

Firma
Interesado

Firma
Encargada de Bienestar

Firma
Presidentes del Comité de Bienestar

ANTECEDENTES DE CARGAS FAMILIARES
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAISO

CARGA 01

Apellidos / Nombres :					
RUT :			**F. Nacimiento:**		
Parentesco :	**Hijo / Nieto / Cónyuge / Padre**				
FORMA DE PAGO: **-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.** **-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.**			**INDICAR FORMA DE PAGO**	**MES DE DESCUENTO**	
Fecha de Inscripción en RRHH	**Fecha de Inscripción a Bienestar**	**Fecha de vencimiento o desafiliación**	**Fecha de Inicio de Beneficio**	**Firma**	**Observaciones**

CARGA 02

Apellidos / Nombres :					
RUT :			**F. Nacimiento:**		
Parentesco :	**Hijo / Nieto / Cónyuge / Padre**				
FORMA DE PAGO: **-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.** **-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.**			**INDICAR FORMA DE PAGO**	**MES DE DESCUENTO**	
Fecha de Inscripción en RRHH	**Fecha de Inscripción a Bienestar**	**Fecha de vencimiento o desafiliación**	**Fecha de Inicio de Beneficio**	**Firma**	**Observaciones**

CARGA 03

Apellidos / Nombres :			
RUT :		**F. Nacimiento:**	
Parentesco :	**Hijo / Nieto / Cónyuge / Padre**		
FORMA DE PAGO: **-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.** **-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.**		**INDICAR FORMA DE PAGO**	**MES DE DESCUENTO**

Fecha de Inscripción en RRHH	Fecha de Inscripción a Bienestar	Fecha de vencimiento o desafiliación	Fecha de Inicio de Beneficio	Firma	Observaciones