**SOLICITUD DE INGRESO AL SERVICIO DE BIENESTAR
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VALPARAISO
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