



SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
SUBDEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
SERVICIO DE BIENESTAR DEL SSVSA



**SOLICITUD DE INGRESO A BIENESTAR
AFILIADOS ACTIVOS**

Fecha	
Establecimiento	
Unidad de Trabajo	

IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Cédula de Identidad	Fecha. Nacimiento	Estado Civil

Dirección		

Comuna	Teléfono personal	Anexo

Previsión de Salud: FONASA ISAPRE Posee Seguro complementario de salud Sí No

TIPO DE CONTRATO: Planta Contrata Reemplazo/Suplencia N° de Meses

CARGAS FAMILIARES

Declaro, además, que las cargas reconocidas ante la institución, y debidamente comprobadas en la oficina de personal, son las que continuación se señalan:

Nombres y Apellidos	Cedula de Identidad	Relación	Edad

MODALIDAD DE PAGO DE BENEFICIOS: Pago Cash _____ Depósito _____

Cuenta Corriente/Cuenta Vista		Chequera Electrónica	
Cuenta de Ahorro		Cuenta RUT	

N° de Cuenta _____ Banco _____

Correo Electrónico: _____

SOLICITUD DE INGRESO: Declaro conocer y aceptar las disposiciones del Reglamento de Bienestar, el aporte mensual fijado por el Consejo Administrativo de Bienestar 1.5% del sueldo imponible y de las demás sumas correspondientes a prestaciones que reciba sujeta a montos establecidos en resolución de beneficios, tales como pago de préstamos e intereses u otros compromisos derivados de las disposiciones reglamentarias.

Se me ha informado cuando me encuentre con permiso parental o permiso sin goce de sueldo, debo acudir directamente a la caja del Servicio Salud Valparaíso San Antonio a cancelar la cuota mensual de Bienestar u otros descuentos (préstamos, casas comerciales) que no se me hayan realizado a través de mis remuneraciones mensuales de forma oportuna.

FIRMA FUNCIONARIO/A

FIRMA ASISTENTE SOCIAL

USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR

Aprobada	Rechazada	Fecha Sesión	Observaciones

USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR SSVSA

Fecha de Ingreso a Bienestar	Firma Jefa Bienestar SSVSA	INGRESO A SIRH	VERIFICACION DATOS SIRH