



SERVICIO DE BIENESTAR APS

LEY Nº 19.378 APS IQUQUE

FECHA: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD PRESTAMO

Según Artículo 23 del Reglamento del Departamento de Bienestar de APS-CORMUDESÍ

NOMBRE COMPLETO SOCIO AFILIADO/A		Nº CÉDULA DE IDENTIDAD
ESTABLECIMIENTO LABORAL		TELEFONO PARTICULAR

SOLICITO EL PRESTAMO POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS

ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTOS RESPALDANDO MI SOLICITUD

- 1.-
- 2.-
- 3.-

El Monto solicitado es \$ \_\_\_\_\_. Asimismo, manifiesto tener conocimiento y autorizo los descuentos por Planilla de liquidación, a fin de dar pago a la presente solicitud y sugiero que el monto sea amortizado en \_\_\_\_\_ cuotas mensuales, previa evaluación del Departamento de Bienestar de APS- CORMUDESÍ. Solicitud que, de ser aprobada, será confirmada, de manera directa o por medio de contacto telefónico.

De esta manera además declaro formalmente que conozco y acepto el Artículo 11 y 12 del Reglamento del Departamento de Bienestar de APS - CORMUDESÍ:

*"Mientras mantenga la calidad de afiliado, no podrá eximirse por causa alguna de la obligación de pagar sus cuotas y de cumplir con los demás compromisos contraídos con el Servicio de Bienestar. Esta obligación incluye los períodos en que el afiliado se encuentre con feriado legal, licencias médicas, permisos sin goce de remuneraciones y periodos de suspensión" "Los afiliados podrán recibir los beneficios que otorgue el Servicio de Bienestar solo después de seis meses contados desde la fecha de su respectiva incorporación"*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO/A

\_\_\_\_\_  
FIRMA AFILIADO/A

### USO EXCLUSIVO CONTABILIDAD SERVICIO DE BIENESTAR

Tipo de Contrato	
Monto Autorizado	\$
Valor Cuota	\$
OBSERVACIONES	

\_\_\_\_\_  
Vº Bº CONTADOR BIENESTAR

\_\_\_\_\_  
Vº Bº ENCARGADA SERVICIO  
BIENESTAR APS