



FORMULARIO SOLICITUD DE PRESTAMO
SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____

DEPTO _____

CALIDAD JURIDICA: PLANTA___CONTRATA___DAEM___SALUD___MEDICO PSIC___
PRESTAMO QUE SOLICITA:

CUOTAS

PRESTAMO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AUXILIO										
MEDICO										
HABITACIONAL										

MONTO: \$ _____

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA EL PRESTAMO (Para préstamos médicos y habitacional)

NOMBRE Y FIRMA DEL AVAL O CODEUDOR (Para personas a contrata o contrato a plazo fijo)

NOMBRE	FIRMA

ANTECEDENTES QUE ACOMPAÑAN LA SOLICITUD

- ___ ORDEN DE EXAMEN O CERTIFICADO MEDICO TRATANTE
- ___ CERTIFICADO ASISTENTE SOCIAL
- ___ CERTIFICADO SUBSIDIO HABITACIONAL O DOCUMENTO EMITIDO POR ENTIDAD FINANCIERA BANCARIA
- ___ LIQUIDACION DE SUELDO
- ___ OTROS

FIRMA SOLICITANTE

V°B°
SECRETARIO EJECUTIVO SERV. BIENESTAR

V°B° ENCARGADO BIENESTAR

USO SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA Y HORA RECEPCION		
FECHA Y HORA ENTREGA DE LA SOLICITUD		