



SOLICITUD DE PRESTAMO

N° : _____ /
FECHA : ____ / ____ / ____ /
COMP. : _____ /

NOMBRE DEL AFILIADO		RUT	
---------------------	--	-----	--

DEPENDENCIA		ANEXO		CELULAR
-------------	--	-------	--	---------

DOMICILIO (Calle o Avda.)		N°		COMUNA
---------------------------	--	----	--	--------

SOLICITO PRESTAMO DE: (marque con x)

PRESTAMO AUXILIO	<input type="checkbox"/>	MONTO SOLICITADO	\$		N° DE CUOTAS	<input type="checkbox"/>
PRESTAMO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	MONTO SOLICITADO	\$		N° DE CUOTAS	<input type="checkbox"/>
PRESTAMO MEDICO	<input type="checkbox"/>	MONTO SOLICITADO	\$		N° DE CUOTAS	<input type="checkbox"/>

FECHA: ____ / ____ / ____ /

FIRMA AFILIADO: _____

CODEUDOR SOLIDARIO (1)

CODEUDOR SOLIDARIO (2)

NOMBRE		NOMBRE	
RUT		RUT	
DEPENDENCIA		DEPENDENCIA	
ANEXO		ANEXO	
FECHA		FECHA	
FIRMA		FIRMA	

AUTORIZO LOS DESCUENTOS NECESARIOS DE MIS REMUNERACIONES, HASTA LA TOTAL CANCELACION DE LA DEUDA INCLUYENDO LOS INTERESES LEGALES QUE ESTABLECE EL REGLAMENTO.

INFORME TRABAJADORA SOCIAL

NOMBRE DE LA SOLICITUD	
MOTIVO DE LA SOLICITUD	
RESOLUCION	

SANTIAGO ____ / ____ / ____ /

FIRMA TRABAJADORA SOCIAL

**(USO EXCLUSIVO BIENESTAR)
LIQUIDACIONES DE PRESTAMO**

	SOLO	MONTO	CUOTAS	TOTAL A	1er. MES	VALOR
--	------	-------	--------	---------	----------	-------

	CONTABILIDAD CODIGO DE CUENTA	AUTORIZAD O	AUTORIZADA S	DESCONTAR	DCTOS	CUOTA
CAPITAL						
INTERES X COBRAR						
INTERESES DEVENGAR						

V°B° LIQUIDADADOR

V°B° CONTABILIDAD

NOMBRE:

NOMBRE:

USO INTERNO DEL SERVICIO DE BIENESTAR:

CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO :

AFILIADO DESDE	
APORTES AL DIA	
ULTIMO PRESTAMO OBTENIDO EN EL MES	
ULTIMA CUOTA PAGADA EN EL MES	
N° CUOTAS PENDIENTES ÚLTIMO PRÉSTAMO	

OTRAS DEUDAS POR LO SIGUIENTE

Por Prestamos Médicos

Cuotas de \$

Por Prestamos Escolares

Cuotas de \$

POR CONVENIOS

	:		Cuotas de \$	
	:		Cuotas de \$	
	:		Cuotas de \$	
	:		Cuotas de \$	
	:		Cuotas de \$	
	:		Cuotas de \$	

TOTAL
\$

SANTIAGO; ___/___/_____/

FIRMA LIQUIDADADOR