



**SOLICITUD DE PRESTAMO
DPTO. SERVICIO DE BIENESTAR APS**

I. DATOS PERSONALES:

RUT		NOMBRE DEL FUNCIONARIO			
CORREO ELECTRONICO					
CENTRO DE SALUD		TIPO DE CONTRATO		N° TELEFONO	
N° Y TIPO DE CUENTA		BANCO			

Solicita la cantidad de \$_____. (_____ pesos)

Devolución en _____ cuotas. Valor Cuota \$_____ c/u.
(Uso exclusivo Encargada Bienestar)

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Término: _____

DECLARACIÓN:

Como Afiliado del Servicio de Bienestar de Salud, acepto el pago de la deuda mediante descuento mensual por planilla de mi sueldo con el 1,5% interés mensual de acuerdo a lo establecido en el Reglamento General 001 del 12 de junio de 2013 y a lo estipulado en el Reglamento de Disciplina del Servicio de Bienestar APS de la I. Municipalidad de Coronel, **además declaro no presentar deuda por concepto de Préstamo de Auxilio al momento de presentar esta solicitud.**

(USO EXCLUSIVO SERVICIO BIENESTAR)

PRESENTA DEUDAS POR PRESTAMOS DE AUXILIO: SI NO FIRMA DEL FUNCIONARIO _____

II. DATOS DEL FIADOR

Me constituyo en fiador Solidario de Préstamo hasta su totalidad extinción.

NOMBRE Y APELLIDOS _____

RUT: _____

DIRECCIÓN: _____

DECLARACIÓN:

En el caso de que el deudor del presente préstamo, por cualquier motivo no pudiere cancelar el total de las cuotas correspondientes, me comprometo como aval a cancelar las cuotas que falten hasta su total extinción.

FIRMA DEL FIADOR

PRESIDENTA

TESORERA

SECRETARIO EJECUTIVO

El encargado de Remuneraciones _____ que suscribe, CERTIFICA: Que el solicitante tiene un alcance liquido disponible para descuento por planilla de: \$ _____ no excede el 15% legal permitido.

FIRMA Y TIMBRE