UMCE
el poder transformador de la educación

DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS

SERVICIO DE BIENESTAR DEL PERSONAL
SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE ACTIVOS 2026

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO:	**APELLIDO MATERNO:**	**NOMBRES:**	
RUT	**ESTADO CIVIL**	**F. DE NAC.**	**DEPENDENCIA/DPTO.**
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:			
CALLE O AVDA. (DOMICILIO)	**N°**	**COMUNA**	**TELÉFONO/CELULAR**

Solicita al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, se acepte su incorporación en calidad de afiliado, a contar del _____de _____de 20____.

Declara conocer y aceptar su Reglamento y autoriza se descuente de su remuneración, la cuota de incorporación y el aporte mensual para el financiamiento del Servicio, establecidos en el Art. 6. letra a), b), c) y d), del Decreto N° 01/03 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de julio 2004, como, asimismo, las cuotas correspondientes a pagos de préstamos y/o créditos que se me otorguen.

_____
FIRMA SOLICITANTE

SANTIAGO, _____de _____de 20____ RUT: _____

II. INFORME DE LA UNIDAD DE PERSONAL

Se acredita que don (a) _____
Es funcionario (a) de la UMCE, desde el ___de _____del _____ hasta el _____ de _____
Del _____Perteneciente al Escalafón _____Con Grado_____ ocupa el cargo de _____
en el Servicio de _____y ha acreditado las siguientes cargas familiares por las que percibe asignación:

NOMBRE COMPLETO CARGA FAMILIAR	PARENTESCO	FECHA NAC.	TERMINO ASIG. FAM.

_____
JEFE UNIDAD DE PERSONAL
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

SANTIAGO, _____/ _____/ 20____

UMCE el poder transformador de la educación | DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS

III. ANTECEDENTES DE CODEUDORES SOLIDARIOS

NOTA DE RESPONSABILIDAD: Los codeudores solidarios asumen la responsabilidad pecuniaria y legal ante el Servicio de Bienestar del Personal de la UMCE en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas por el solicitante.

CODEUDOR SOLIDARIO 1
NOMBRE COMPLETO
DEPARTAMENTO / DEPENDECIA
DOMICILIO ACTUAL
RUT
TELÉFONO / ANEXO
_____ FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO

CODEUDOR SOLIDARIO 2
NOMBRE COMPLETO
DEPARTAMENTO / DEPENDECIA
DOMICILIO ACTUAL
RUT
TELÉFONO / ANEXO
_____ FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO

IV. RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

En sesión del _____ de _____ del año _____, el Consejo de Administración del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, ha adoptado la siguiente resolución:

[ ] APRUEBA **[ ] RECHAZA** la incorporación del Sr. (a) _____, a contar del _____ de _____de 20____.

_____
SECRETARIO (A) DEL CONSEJO
SERVICIO DE BIENESTAR UMCE

_____
PRESIDENTE (A) DEL CONSEJO
SERVICIO DE BIENESTAR UMCE