SOLICITUD DE PRÉSTAMO N° _____ / _____	FECHA: _____ / _____ / 20___ COMP. N°: _____

1. DATOS DEL AFILIADO

Nombre del Afiliado: _____ **RUT:** _____

Dependencia: _____ **Anexo:** _____ **Celular:** _____

Domicilio (Calle o Avda.): _____ **N°:** _____ **Comuna:** _____

2. DETALLE DE LA SOLICITUD DE PRÉSTAMO

Solicito préstamo de: (Marque con una X el tipo de préstamo e indique el monto y número de cuotas solicitado)

[ ] PRÉSTAMO AUXILIO **Monto Solicitado: $** _____ **N° de Cuotas:** _____

[ ] PRÉSTAMO ESCOLAR **Monto Solicitado: $** _____ **N° de Cuotas:** _____

[ ] PRÉSTAMO MÉDICO **Monto Solicitado: $** _____ **N° de Cuotas:** _____

FECHA SOLICITUD: _____ **FIRMA AFILIADO:** _____

3. CODEUDORES SOLIDARIOS

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

CODEUDOR SOLIDARIO (1)

Nombre: _____

RUT: _____

Dependencia: _____

Anexo: _____ **Celular:** _____

Fecha: _____ **Firma:** _____

CODEUDOR SOLIDARIO (2)

Nombre: _____

RUT: _____

Dependencia: _____

Anexo: _____ **Celular:** _____

Fecha: _____ **Firma:** _____

4. INFORME TRABAJADORA SOCIAL

Nombre de la Solicitud / Solicitante: _____

Motivo de la Solicitud: _____

_____

Resolución / Comentarios: _____

_____

Santiago, _____ / _____ / 20___ **Firma Trabajadora Social:** _____

USO EXCLUSIVO BIENESTAR

5. LIQUIDACIONES DE PRÉSTAMO (USO EXCLUSIVO CONTABILIDAD)

CÓDIGO CUENTA	CONCEPTO / DESCRIPCIÓN	AUTORIZADO	CANT. CUOTAS	VALOR CUOTA	TOTAL DESCONTAR	1er. MES VALOR
_____	CAPITAL	_____	___	$ _____	$ _____	$ _____
_____	INTERÉS X COBRAR	_____	___	$ _____	$ _____	$ _____
_____	INTERESES DEVENGAR	_____	___	$ _____	$ _____	$ _____
				TOTALES	$ _____	$ _____

V°B° LIQUIDADOR

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

V°B° CONTABILIDAD

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

6. EVALUACIÓN DE CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO (SERVICIO DE BIENESTAR)

CAPACIDAD ENDEUDAMIENTO: _____ AFILIADO DESDE: _____

APORTES AL DÍA: [ ] SÍ [ ] NO ÚLTIMO PRÉSTAMO MES: _____

ÚLTIMA CUOTA PAGADA MES: _____ N° CUOTAS PENDIENTES: _____

OTRAS DEUDAS REGISTRADAS:

DEUDA / CONVENIO REGISTRADO	N° CUOTAS	VALOR CUOTA	OBSERVACIONES / DETALLE
PRÉSTAMOS MÉDICOS	_____	$ _____	_____
PRÉSTAMOS ESCOLARES	_____	$ _____	_____
POR CONVENIOS	_____	$ _____	_____
OTRAS DEUDAS	_____	$ _____	_____
OTRAS DEUDAS	_____	$ _____	_____
TOTAL OTRAS DEUDAS		$ _____	

SANTIAGO, _____ / _____ / 20___ FIRMA LIQUIDADOR: _____