



SERVICIO DE BIENESTAR  
SERVICIO SALUD DE TARAPACA

N° INTERNO \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE INGRESO A BIENESTAR

FECHA RECEPCION SOLICITUD

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Rut

Fecha de Nacimiento

Establecimiento

Unidad

Cargo

Grado

Domicilio

Comuna

Ciudad

Celular

Fono casa

Fono Laboral

Correo Electrónico

**Importante:** Si presenta la Solicitud de Ingreso a Bienestar después de la fecha de cierre de traspasos de la unidad de sueldos, se postergará el ingreso hasta el primer día del mes siguiente de su solicitud.

Solicito ingresar al Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Iquique, así mismo autorizo a que se me descuente de mis remuneraciones imponibles el 1% como cuota Mensual y todas las Obligaciones que adquieran con este Servicio.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA SOLICITANTE**

### **LLENADO POR PERSONAL DE RRHH**

### **IMPORTANTE: (ADJUNTAR RELACION DE SERVICIO)**

CALIDAD DE CONTRATO (CONTRATA / PLANTA / SUPLENCIA / REEMPLAZO, ECT.).....

Fecha Inicio Contrato Vigente

Fecha Termino de Contrato

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y TIMBRE ENCARGADO RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA JEFA BIENESTAR**