

SOLICITUD DE PRESTAMO

FECHA SOLICITUD: / /

INFORMACION DEL SOCIO/A

NOMBRES		APELLIDOS		R.U.T
UNIDAD DE TRABAJO		ESTABLECIMIENTO (SSI/HOSPITAL/CGU)		GRADO
DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO/ CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
TIPO DE CREDITO		MONTO		CUOTAS
1.-AUXILIO	3.-HABITACIONAL			
2.-MEDICO				

OBSERVACION: _____

IMPORTANTE: La presente solicitud está sujeta a estudio y verificación del cupo disponible, cualquier anomalía o inconsistencia se anulará. Así mismo, la entrega de este documento no compromete al SERVICIO DE BIENESTAR a la aprobación directa reservándose el derecho de aceptación. Por último, se informa que una vez que su préstamo sea aprobado, **se cancelará los días miércoles o viernes según la fecha de solicitud y en horario de oficina.**

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Fecha de incorporación		Contrato Vigente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Morosidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alcance financiero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Posee descuentos nuevos que aún no se reflejan en la liquidación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

FIRMA DEL REVISOR: _____ **CONTADOR** _____

PROFESIONAL AREA SOCIAL (Solo si corresponde)

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA: _____

OBSERVACION: _____

INFORMACION DE LOS CODEUDORES

IMPORTANTE: Al firmar este documento en condición de codeudor, Ud. está en conocimiento y autoriza al Servicio de Bienestar a descontarle en su liquidación las cuotas adeudadas por el titular de este préstamo, que por algún motivo deje de cancelar las cuotas mensuales.

Debe presentar copia C.I de los codeudores por ambos lados.

Codeudor 1		Codeudor 2	
Nombre		Nombre	
R.U.T		R.U.T	
Grado		Grado	
E-mail		E-mail	
Teléfono		Teléfono	
Firma		Firma	

APROBACIÓN PRESTAMO

JEFE DE BIENESTAR