



Fecha _____
FOLIO Nº _____

PRÉSTAMO SOCIAL

NOMBRE COMPLETO AFILIADO	RUT

ESTABLECIMIENTON LABORAL	TELÉFONO	FECHA SOLICITUD

SOLICITO PRÉSTAMO POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS

ADJUNTO LA SIGUIENTES DOCUMENTACIÓN

1.-
2.-
3.-
4.-
5.-
6.-

EN CASO DE NO PAGO SE HARA RESPONSABLE DE LA DEUDA EL SIGUIENTE AFILIADO
Adjuntar fotocopia carnet del Funcionario

NOMBRE AVAL AFILIADORUTFIRMA AVAL

<u>Uso exclusivo Servicio de Bienestar</u>	
Nombre de quien recibe:	_____
Fecha de Recepción:	_____

Timbre Servicio de Bienestar	

<u>Uso exclusivo Contabilidad Servicio Bienestar</u>	
Tipo de Contrato	_____
Monto Autorizado	_____
Nº Cuotas	_____
Valor de Cuotas	_____

Timbre y Firma Encargada Servicio de Bienestar	

