



Servicio de Salud Magallanes
Subdirección de G° y D° de las personas
Depto. Calidad de vida Laboral



ESTABLECIMIENTO: _____

UNIDAD O SERVICIO: _____

CELULAR : _____

EMAIL: _____

FECHA: _____

RUT: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

CARGO: _____ GRADO: _____ TITULAR – CONTRATA.

Solicito a la comisión de Bienestar se me otorgue el beneficio de: (Marcar con una X)

BONIFICACION MEDICA..... SUBSIDIO:

Contemplado en el Reglamento de Bienestar Decreto Supremo N° 29 de 1997, y para lo cual declaro ser imponente y estar al día en el pago de mis imposiciones.

Tomo conocimiento que la Unidad de Bienestar hará efectivo el pago correspondiente, de acuerdo a la modalidad de recibo de remuneraciones que tengo con el Servicio de Salud (depósito bancario – Pago Cash).

Como afiliado al S. de Bienestar declaro dar fe que los antecedentes presentados adjuntos a esta solicitud son fidedignos y tomo conocimiento que: el S. de Bienestar puede verificar la validez de éstos y que se encuentra contemplado en el D.S N° 28: “al obtener beneficios económicos valiéndose de documentos o datos falsos, éstos deberán ser reembolsados reajustados en un 100% del interés respectivo dentro de los límites establecidos por la Ley N° 18.010”

FIRMA DEL IMPONENTE