



UNIVERSIDAD DE MAGALLANES
Servicio de Bienestar del Personal

SOLICITUD DE AFILIACION

DATOS PERSONALES			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombres
Rol Único Nacional		Fecha de Nacimiento	Fono Particular
Dirección		Ciudad	

Solicita al Consejo Administrativo su incorporación como afiliado al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes, para cuyos efectos proporciona los siguientes antecedentes:

Calidad Jurídica y Grado

Planta Grado _____ Contrata Grado _____

Fecha Nombramiento	Cargo	Vicerrectoria/Facultad	Departamento

Cargas Familiares Legales

Nombre	Fecha Nacimiento	Parentesco	R.U.N.

Los datos expuestos son fidedignos, por lo que asumo a su respecto toda mi responsabilidad.

Declaro conocer el Reglamento que rige al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes, expreso mi respeto y acatamiento a todos sus artículos, el estricto cumplimiento a la normativa vigente y al principio de Probidad Administrativa para la obtención de beneficios.

Autorizo al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes, efectuar los descuentos de las remuneraciones que establece el reglamento y por compromisos comerciales contraídos a través del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes

Día	Mes	Año

Firma Solicitante

USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL
Resolución
<input type="checkbox"/> Aceptado a partir del ____ de _____ de _____. <input type="checkbox"/> Rechazado
Observaciones
V°B°



UNIVERSIDAD DE MAGALLANES
Servicio de Bienestar del Personal

ANEXO SOLICITUD DE AFILIACION

Habilitación de Crédito con Casas Comerciales en Convenio

Para asegurar el cumplimiento de las obligaciones contraídas con casas comerciales a través del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes, presento la siguiente garantía:

Cheque en Garantía Avals

Día	Mes	Año

_____ Firma Solicitante

Cheque en Garantía

N° Cheque	Cuenta Corriente	Banco	Monto (\$)

Avals

Los abajo firmantes declaran en este acto que se constituyen en fiadores y codeudores solidarios de las obligaciones y compromisos que contraiga el solicitante, producto de la presente solicitud, concurriendo cada uno en un 50% de responsabilidad en caso de incumplimiento o simple demora del avalado.

Aval 1	Aval 2
Nombre Afiliado: _____	Nombre Afiliado: _____
Depto/Servicio: _____	Depto/Servicio: _____
Anexo: _____ Grado: _____	Anexo: _____ Grado: _____
_____ Firma Codeudor	_____ Firma Codeudor

USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL	
Observaciones	V°B°