

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN  
SOCIO/A ACTIVO**

**1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

RUT										CONTACTO TELEFONICO										FECHA NACIMIENTO									
NOMBRE										APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO									
DIRECCIÓN																				CIUDAD									

**2. Solicito al Concejo Administrativo su incorporación como socio/a activo, para cuyos efectos proporciono los siguientes antecedentes:**

CALIDAD JURÍDICA Y GRADO																			
<input type="checkbox"/> PLANTA / GRADO _____					<input type="checkbox"/> CONTRATA / GRADO _____														
FECHA NOMBRAMIENTO					CARGO					VICERRECTORIA/FACULTAD					DEPTO./SERVICIO				

CARGAS FAMILIARES LEGALES											
NOMBRE					RUT			FECHA NACIMIENTO		PARENTESCO	

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

FIRMA SOLICITANTE

OBSERVACIONES										V°B°									

FECHA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ANEXO SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

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 2 avales; quienes declaran en este acto que ser fiadores y codeudores solidarios de las obligaciones y compromisos que contraiga el/la solicitante, producto de la presente solicitud, concurriendo cada uno en un 50% de responsabilidad en caso de incumplimiento o simple demora.

CODEUDORES SOLIDARIOS	
Nombre Afiliado/a: _____	Nombre Afiliado/a: _____
Depto./Servicio: _____	Depto./Servicio: _____
Grado: _____	Grado: _____
Contacto Telefónico: _____	Contacto Telefónico: _____
_____ FIRMA CODEUDOR/A	_____ FIRMA CODEUDOR/A

En el caso de no contar con los/as avales requeridos, el/la solicitante deberá declarar que no hará uso del descuento por planilla, bajo el concepto de Casas Comerciales.

	FIRMA SOLICITANTE

OBSERVACIONES	V°B°
<b>USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL</b>	

FECHA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_