



Datos de afiliado(a)

	Fecha	RUN
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
Dotación / Unidad / Afiliado(a) en retiro indicar domicilio / Fono contacto		
@gendarmeria.cl	@	
Correo electrónico institucional	Correo electrónico al que se enviará la confirmación	

Solicita al Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida vacante en \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Firma afiliado(a)

Nombres (no incluir solicitante)	Edad (solo niños)	Parentesco	RUN	Valor

**REQUISITOS** : Adjuntar los siguientes documentos: Fotocopia CI de solicitantes y avales y fotocopia última liquidación de sueldo solicitante, correspondiente a mes sin incentivo.

**DISPOSICIONES VIGENTES:**

- A)** Si el afiliado no se presenta a hacer uso de la reserva correspondiente, si la llegada es con posterioridad o se retira del Centro Vacacional en fecha anticipada a la autorizada, no dará derecho a descuento alguno y se procederá al cobro por el periodo completo de reserva.
- B)** Si el afiliado desistiese de concurrir, deberá comunicar su decisión por escrito al menos con cinco (05) días de anticipación a la fecha fijada. De no hacerlo, se multará con el descuento en su remuneración del 20% del total de su estadía.
- C)** El Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida no responderá por la pérdida de especies de valor de los usuarios, cuya existencia no hubiere sido declarada previamente por escrito y cuya custodia no haya sido solicitada del mismo modo.
- D)** En caso de robo de especies no declaradas o accidentes por acciones temerarias del afiliado o algún integrante del grupo familiar ocurridas al interior del Centro Vacacional con ocasión de su estadía, **el Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida no se hace responsable por reparación o daños ni indemnización a los afectados.**
- E)** El gasto que demande el uso de sábanas es adicional al valor cabaña/habitación.

Crédito  Contado

1	RUT:	E-MAIL:		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
2	RUT:	E-MAIL:		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	

### Uso exclusivo Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida

Ultimo mes de imposiciones _____	Fecha _____
Estadía \$ _____	Compromiso _____
Lavado \$ _____	Reintegro en _____ cuotas mensuales de \$ _____
Vales \$ _____	Total \$ _____

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre liquidador

\_\_\_\_\_  
Firma Jefatura Área Liquidaciones Bienestar Social y Calidad de Vida

\_\_\_\_\_  
Jefa Departamento Bienestar Social y Calidad de Vida

Observaciones: \_\_\_\_\_