



Datos de funcionario(a)

Fecha		N° CMC		RUN	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Dotación / Unidad /		Domicilio particular		Fono contacto	
@gendarmeria.cl			@		
Correo electrónico institucional			Correo electrónico personal		

Solicito al Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida ser incorporado(a) como afiliado(a) al Servicio de Bienestar Social de Gendarmería de Chile, para lo cual declaro estar en conocimiento y acatar las **disposiciones vigentes**.

Firma solicitante

Datos de depósito o transferencia		
Banco:	N° de cuenta:	
Cuenta corriente <input type="checkbox"/>	Chequera electrónica <input type="checkbox"/>	Cuenta vista <input type="checkbox"/>

Declaro que las cargas familiares autorizadas por resolución, son las siguientes:

Nombre completo	Edad	Parentesco	N° resolución de reconocimiento

REQUISITOS : Adjuntar los siguientes documentos: Fotocopia cédula de identidad del solicitante; fotocopia última liquidación del sueldo solicitante correspondiente a mes sin incentivo y resolución exenta de reconocimiento de carga.

DISPOSICIONES VIGENTES:

A) El afiliado manifiesta su voluntad de acatar las disposiciones del "Reglamento para los Servicios de Bienestar Social" de la Administración Pública aprobado por D.S. N°28 de 1994 y D.S. N°121 de 1996 correspondiente al reglamento de Bienestar de Gendarmería de Chile, ambos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, los cuales declara conocer en todas sus partes.

B) El afiliado autoriza al Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida aplicar los descuentos mensuales provenientes del aporte como afiliado que equivale al 1,5% de su remuneración imponible y demás compromisos que asuma con el Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida.

C) Asimismo, el afiliado se compromete a pagar directamente en el Servicio de Bienestar Social las cuotas, impositivos u otros, si por cualquier causa no se efectúa el descuento a través de la liquidación de sueldo en forma oportuna, además de la cuota de incorporación que corresponde al 3% de la remuneración imponible para pensiones que serán descontadas en dos cuotas sucesivas.

Uso exclusivo Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida

Solicitud de afiliación aprobada **SI** **NO**

Fecha de aprobación ____/____/____

Jefe Contabilidad y Ppto. Bienestar Social
y Calidad de Vida

Jefa Departamento Bienestar Social
y Calidad de Vida

Observaciones: _____