

AVAL PRÉSTAMO SOCIAL SERVICIO DE BIENESTAR / 2025

Yo, _____ Rut _____ del
Centro de Salud _____,
Dirección Particular _____
Comuna _____ Celular _____ Afiliado/a al Servicio
de Bienestar de Salud Municipal, con Calidad de Contrato a Plazo Indefinido, vengo a garantizar el pago
del préstamo solicitado por el Sr. _____
Rut _____, funcionario/a del Centro de
Salud _____ Afiliado/a al Servicio de Bienestar
de Salud, cuyo monto asciende a \$ _____, distribuido en _____ cuotas de
\$ _____ cada una, y me comprometo a pagar la diferencia no pagada de este préstamo, en
el caso de que el Sr. _____, por
razones de desvinculación o renuncia voluntaria no haya dejado saldada esta deuda con el Servicio de
Bienestar de Salud de la Municipalidad de Quilicura.

Día	Mes	Año

FIRMA AFILIADO/A SOLICITANTE

FIRMA AFILIADO/A AVAL

Nota: Adjuntar Fotocopia Cédula de Identidad de Ambos Firmantes.

Presidente/a Comité
Servicio de Bienestar

Secretaria/o Ejecutiva/o
Servicio Bienestar