

SOLICITUD DE AFILIACIÓN SERVICIO DE BIENESTAR / 2025

Nombres y Apellidos: _____

Rut: _____ F. Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Comuna: _____ Celular: _____

Email: _____

Cargo: _____ Categoría: ____ Grado: ____ Contrata: ____ Planta: ____

Lugar de Trabajo: _____ Anexo: ____ Fonasa: ____ Isapre: ____

IDENTIFICACIÓN DE CARGAS (Acreditadas en RRHH DESAM)

Nombre: _____ Rut: _____ F. Nac.: ____/____/____

Nombre: _____ Rut: _____ F. Nac.: ____/____/____

Nombre: _____ Rut: _____ F. Nac.: ____/____/____

Nombre: _____ Rut: _____ F. Nac.: ____/____/____

DESCUENTOS 2025

- Cuota Incorporación: 0,25 UTM= \$16.857 (ref. Enero 2025) * 1 CUOTA ☐ 2 CUOTAS ☐

- Cuota Mensual : 2% SBMN

NIVEL	CAT. A	CAT. B	CAT. C	CAT. D	CAT. E	CAT. F
15	\$13.641	\$10.364	\$5.469	\$5.254	\$4.884	\$4.307

- Cuota Carga Familiar: 0.4% SBMN

NIVEL	CAT. A	CAT. B	CAT. C	CAT. D	CAT. E	CAT. F
15	\$2.728	\$2.073	\$1.094	\$1.051	\$977	\$861

YO _____, con fecha ____/____/____, funcionario del Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quilicura, solicito la Afiliación a este Servicio de Bienestar, para cuyos fines autorizo que se me realicen los descuentos de las cuotas mensuales que correspondan para hacer uso de los beneficios establecidos en el Reglamento Interno del Servicio de Bienestar de Salud Municipal.

Recibo la siguiente documentación: Reglamento Interno del Servicio de Bienestar de Salud Municipal y Manual de Beneficios.

Declaro conocer mis Deberes y Obligaciones como Afiliado/a, las que asumo desde el momento en que es Aceptada esta Solicitud.

FIRMA SOLICITANTE

USO INTERNO

Fecha de Afiliación: ____/____/____ Primer Mes de Descuento: _____

Observaciones: _____

Presidente/a Comité
Servicio de Bienestar

Secretaria/o Ejecutiva/o
Servicio de Bienestar