

FONDO BIENESTAR LA NEGRA

FECHA _____

SOLICITUD DE PRESTAMO

NOMBRE: _____

RUT: _____

CARGO: _____

TIPO DE PRESTAMO

1 MEDICO

4 CONSUMO

2 VIVIENDA

5 URGENCIA MEDICA

3 OTROS

MONTO \$ _____ NR. DE CUOTA _____

MOTIVO (EXPONGA BREVEMENTE)

PRESTAMO PENDIENTE

SI

NO

MONTO PENDIENTE U.F.

CUOTA (S) PENDIENTE

_____ DE _____

VALOR DE CUOTA PENDIENTE\$ _____

AUTORIZA

RECHAZA

PRESTAMO OTORGADO: VALOR U.F. _____ TOTAL U.F. _____ VALOR DE LA CUOTA U.F. _____

MES DE INICIO DESCUENTO _____

MEDIANTE LA PRESENTE SOLICITUD, AUTORIZO A LA PARA QUE ME DESCUENTE DE MIS REMUNERACIONES MENSUALES EL MONTO PACTADO COMO VALOR CUOTA EN FORMA MENSUAL Y SUCESIVA POR LA CANTIDAD DE MESES PACTADOS, COMO TAMBIÉN AUTORIZO A LA EMPRESA QUE EN CASO DE TERMINACION DE MI CONTRATO DE TRABAJO POR CUALQUIER CAUSAL, DESCUENTO EL TOTAL DEL SALDO INSOLUTO QUE PUDIERE EXISTIR CON CUALQUIERA SUMA DE DINERO QUE ME CORRESPONDIERE DE LA LIQUIDACION FINAL DE MIS REMUNERACIONES, SUELDOS E INDEMNIZACIONES QUE PROCEDIEREN, SEGÚN SEA EL CASO.

MONTOS DE PRESTAMOS				
1. MEDICO \$ 500.000	(TOPE 15 CUOTAS)	3. OTROS	\$ 500.000	(TOPE 8 CUOTAS)
2. VIVIENDA\$ 500.000	(TOPE 15 CUOTAS)	4. CONSUMO	\$ 500.000	(TOPE 6 CUOTAS)
		5. URG.MEDICA	\$ 500.000	(TOPE 2 CUOTAS)

NOTA: SOLAMENTE SE GIRARA PREVIA APROBACION DEL AREA RECURSOS HUMANOS Y SEGUN RECURSOS DEL F.BIENESTAR

_____ FIRMA DEL TRABAJADOR