



**SOLICITUD PRESTAMO DE AUXILIO N°**  
Unidad de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Unidad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Monto solicitado \$ \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ meses plazo. Valor cuota \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AFILIADO**

**CODEUDORES SOLIDARIOS**

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Unidad \_\_\_\_\_

Unidad \_\_\_\_\_

Fono \_\_\_\_\_

Fono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA CODEUDOR**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA CODEUDOR**

**TOMO CONOCIMIENTO QUE AL FIRMAR COMO CODEUDOR**, asumo la deuda del titular en caso de que él no pueda cumplir con sus compromisos, no importando cuál sea el motivo. La deuda se descontará en partes iguales a los dos codeudores, en la cantidad de meses que se encuentren pactadas.

**USO EXCLUSIVO OFICINA DE BENEFICIOS**

Monto crédito \$ \_\_\_\_\_ Afiliado desde \_\_\_\_\_  
menos saldo

Aporte 1 % \_\_\_\_\_

Capacidad Bienestar \$ \_\_\_\_\_

Sueldo Real \$ \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO SERVICIO SOCIAL**

Opinión asistente social:

Monto: \_\_\_\_\_

Meses a pagar: \_\_\_\_\_

Cuota: \_\_\_\_\_

FECHA

FIRMA  
ENCARGADO BENEFICIOS

FECHA

FIRMA  
ASISTENTE SOCIAL

Préstamo otorgado \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
VºBº JEFE UNIDAD  
BIENESTAR DEL PERSONAL

FECHA

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE  
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS