



San Joaquín, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ANEXO FORMULARIO  
INCORPORACIÓN BIENESTAR APS**

Yo, \_\_\_\_\_  
Declaro ser funcionario de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín, desempeñando funciones en

Rut: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Dirección Particular: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares: (Padres, Conyugue, Pareja, Hij@s)**

Nombres	Apellidos	RUT	Edad	F. de Nacimiento	Parentesco

**Una vez inscrita a sus cargas no se puede modificar.**

En base a la información entregada en este documento, tomo en conocimiento mis derechos y obligaciones como dice en el título III artículo 13. deseo solicitar de forma voluntaria mi incorporación y continuidad como afiliado Bienestar de Salud y declaro conocer y aceptar el nuevo reglamento "BIENESTAR APS 2023", el cual rige al Servicio de Bienestar de Salud de la Corporación Municipal.

Autorizo a la Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín, a descontar mensualmente por planilla el **1%** de mi remuneración **base imponible**, así como los aportes extraordinarios o cualquiera que se origine por compromisos, prestaciones o créditos otorgados por el Servicio de Bienestar.

De igual forma, autorizo a mi empleador realizar descuentos a mi finiquito si existieran saldos adeudados al Servicio de Bienestar, de producirse el término de mi relación laboral con la Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín.

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario de Salud

\_\_\_\_\_  
Firma Encargado de Bienestar APS