



CORPORACION ASISTENCIA JUDICIAL REGION DEL BIOBIO
SERVICIO DE BIENESTAR

FICHA DE AFILIACION

NOMBRE: _____

RUT: _____ **CARGO:** _____

CONSULTORIO: _____ **TELEFONO:** _____

FECHA DE INGRESO C.A.J.: _____ **TIPO DE CONTRATO:** _____

SISTEMA DE SALUD: _____ **PREVISION:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

DOMICILIO: _____ **COMUNA:** _____

CIUDAD: _____ **TELEFONO:** _____ **REGION:** _____

CORREO ELECTRONICO: _____

CARGAS FAMILIARES (RECONOCIDAS POR CAJA DE COMPENSACIÓN LOS ANDES).

Nº	NOMBRE	F. NACIM.	RUT	PARENTESCO	SIS. SALUD	OBS.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

1. SOLICITO AL CONSEJO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA CORPORACION DE ASISTENCIA JUDICIAL DEL BIOBIO, ACEPTÉ MI SOLICITUD DE AFILIACION, PARA LO CUAL, DECLARO CON MI FIRMA CONOCER Y ACEPTAR SU REGLAMENTO.

2. AUTORIZO A LA CORPORACION DE ASISTENCIA JUDICIAL PARA REDUCIR DE MIS REMUNERACIONES, LOS APORTES REGLAMENTARIOS Y LOS DESCUENTOS QUE CORRESPONDAN POR COMPROMISOS CONTRAIDOS A TRAVES DEL SERVICIO DE BIENESTAR, CUOTA DE INCORPORACION DE UN 3% DE LA RENTA IMPONIBLE PARA FONDO DE PENSIONES A DESCONTAR Y CUOTA MENSUAL DE UN 1,3% DE LA RENTA IMPONIBLE PARA FONDO DE PENSIONES.

3. EN CASO DE TERMINO DE CONTRATO DE TRABAJO CON LA CORPORACION DE ASISTENCIA JUDICIAL, AUTORIZO EL DESCUENTO DE LAS SUMAS ADEUDADAS AL SERVICIO DE BIENESTAR, DE CUALQUIER VALOR A QUE TENGA DERECHO A PERCIBIR DE MI FINIQUITO.

4. EN CASO DE MI FALLECIMIENTO, LA CUOTA MORTUORIA DEBERA SER PAGADA A: _____

CONCEPCION, _____ DE _____ DE _____

FIRMA: _____ MES DE PRIMER DESCUENTO: _____

(Uso del Servicio) Ingresado al Servicio de Bienestar con fecha: _____