



## SOLICITUD DE INGRESO

Ingreso     Reingreso

Código Repartición:

**Depto. Ahorros e Imponentes**

Nº Imponente antiguo:

### Señor Administrador:

Cumpliendo con los requisitos exigidos por los Estatutos de la Caja de Ahorros de Empleados Públicos, los cuales declaro recibir, conocer y aceptar en este acto, me permito solicitar se acepte mi ingreso como imponente de la Institución.

En este acto, autorizo expresamente a las autoridades de la repartición a que pertenezco y a las que pertenciere en el futuro para que, de conformidad al artículo No 164 de la ley No 14.171, deduzcan mensualmente de mi total de haberes los valores que esa Caja ordene a su favor, proveniente de obligaciones contraídas con la misma a cualquier título, ya sea en forma directa e indirecta.

Declaro que, si por cualquier causa, no se efectúan tales descuentos oportunamente por planilla, es de mi responsabilidad ingresar esos valores directamente en las oficinas de la Institución en los plazos fijados.

Asimismo, declaro saber y aceptar que es prerrogativa de la Caja otorgarme préstamos, la que puede establecer los requisitos y condiciones que estime pertinentes para acceder a ellos.

### ANTECEDENTES PERSONALES (La solicitud debe ser llenada con letra imprenta).

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO		NÚMERO	DEPTO.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	COMUNA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CIUDAD	REGIÓN	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
GÉNERO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>	CASADO(A) <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>
	VIUDO(A) <input type="checkbox"/>	CONV.CIVIL. <input type="checkbox"/>	
CARGAS FAMILIARES (seleccionar)	HIJOS Nº <input type="checkbox"/>	CONYUGE <input type="checkbox"/>	CARGA ESPECIAL <input type="text"/>
			(especificar parentesco)

### DATOS BANCARIOS

CHEQ. ELECTRONICA, CTA. VISTA     ● CTA. CTE.     ● CTA. AHORRO     ● CTA. RUT

<input type="text"/>	<input type="text"/>
BANCO	NÚMERO DE CUENTA

### ANTECEDENTES LABORALES

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
REPARTICIÓN	OFICINA, UNIDAD, ESTAB, ETC.	CARGO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
ANTIGÜEDAD	DOMICILIO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
NÚMERO	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REGIÓN	TELÉFONO

● Correo electrónico Personal:

● Correo electrónico Oficina:

(1) Acompañar fotocopia de la Cédula Nacional de Identidad.

(2) Acompañar fotocopia de última liquidación de Sueldo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante



## INFORME DEL HABILITADO

Certifico que don(ña): \_\_\_\_\_ es funcionario de la planta permanente  o a contrata  de esta repartición.

Número Institucional \_\_\_\_\_ desempeña el cargo de \_\_\_\_\_ con el grado \_\_\_\_\_ de la Escala Única y percibe un total de haberes \$ \_\_\_\_\_, con una antigüedad de \_\_\_\_\_ años como funcionario.

Declaro asimismo que, de acuerdo con la autorización precedente del solicitante, me comprometo a descontarle mensualmente en favor de la Caja de Ahorro de Empleados Públicos, los valores que esa Institución señale, de conformidad al **Artículo N° 164 de la ley N°14,171**.

NOMBRE DEL HABILITADO

REPARTICIÓN

DIRECCIÓN REPARTICIÓN

COMUNA  CIUDAD  TELÉFONO

E-MAIL

FECHA  DE  DE

\_\_\_\_\_  
FIRMA & TIMBRE HABILITADO

### USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

#### INFORME DICOM

SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma y Timbre Funcionario  
Responsable Tramitación

#### AUTORIZACIÓN INGRESO

\_\_\_\_\_  
Fecha de Autorización

\_\_\_\_\_  
V° B° Ingreso  
Firma y Timbre

**OBSERVACIÓN:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_