



SINDICATO N° 5 PUC
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Santiago, 08 de Enero de 2014

SOLICITUD INTERNA PRÉSTAMO DE AUXILIO

NOMBRES : Julio Andrés
APELLIDOS : Guajardo Rosales
RUT : 12.881.909-6
UNIDAD : SIBUC
ANEXO : 2567
MAIL : jguajarr@uc
CAMPUS : Casa Central

Vengo a solicitar a la directiva del sindicato N°5 PUC, el BENEFICIO PRÉSTAMO DE AUXILIO, MONTO \$ **100.000.-**, el cuál me comprometo a devolver en **5 cuota(s)** de \$ **20.000.-** mensuales. Autorizando al sindicato para que dichas cuotas sean descontadas por planilla.

El Motivo de la solicitud es para: Gastos médicos, adjunto cotización de TAC ABDOMEN Y PELVIS, hace tiempo que me tengo que realizar este examen y por motivos económicos no he podido, es por esto que solicito la ayuda.

En caso de encontrarme con licencia o en su efecto con sueldo insoluto, me comprometo a guardar el dinero de la cuota, ya que el sistema de remuneraciones, de manera automática descontará los saldos adeudados.

A su vez, autorizo al sindicato a descontar EL SALDO de mi deuda desde mi indemnización o de mi último sueldo, en caso de término de contrato con la Universidad o a causa de mi fallecimiento.

FIRMA

PROCEDIMIENTO

- 1.- Llene sus datos con letra clara y legible. De preferencia hágalo en el computador.
- 2.- El monto máximo del préstamo de auxilio podrá ser hasta \$ **100.000.-** descontado por planilla, hasta en 5 cuotas, sin interés.
- 3.- Para legalizar la solicitud, esta ficha deberá subirla desde su sesión a la plataforma www.cato5.cl modulo **Solicitud de Beneficios código 1300**
- 4.- Este beneficio podrá ser solicitado solo una vez al año.
- 7.- Una vez asignado el préstamo de auxilio, éste será depositado en su cuenta bancaria, informada en su ficha de datos personales, en www.cato5.cl , dentro de las próximas 48 horas. O dependiendo de disponibilidad de fondos.

Centro: ERX HOSPITAL Convenio: 87 FONASA
 Tipo Atención: A AMBULATORIO Previsión: 87 FONASA
 Tipo Paciente: P PRIVADO Institución: 61603000-0 FONDO NACIONAL

Codigo	Descripcion	Codigo Fonasa	Cantidad	Tarifa	V. a. Pagar
R000104	ABDOMEN Y PELVIS	040301400 1 Bono(s)	1	356.600	159.640
R000403	MEDIO DE CONTRASTE NO ION	040301600 1 Bono(s)	1	15.700	15.700
Total:				372.300	175.340

particular

PODER SIMPLE

Autorizo a don _____ para que en mi nombre y representación retire de la dependencia que corresponda de la Pontificia Universidad Católica de Chile el resultado de los exámenes i que se refiere la presente orden de atención, excepto exámenes confidenciales que la ley ordena entregar personalmente.

Firma del Paciente _____
 Fecha: *10/05/2016*

CLIENTE