



SOLICITUD DE INGRESO

Ingreso Reingreso

Código Repartición:

Depto. Ahorros e Imponentes

Nº Imponente antiguo:

Al representante legal:

Cumpliendo con los requisitos exigidos por los Estatutos de la Caja de Ahorros de Empleados Públicos, los cuales declaro, 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"/>	<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 Ahorros 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

Firma y Timbre Funcionario
Responsable Tramitación

AUTORIZACIÓN INGRESO

Fecha de Autorización

V° B° Ingreso
Firma y Timbre

OBSERVACIÓN: _____
