



Inc.	U.E.	T	Nº	Año
29				

## ALTA DE PROPUESTA DE CONTRATO COMISIÓN DE APOYO

### 1. UNIDAD EJECUTORA

Fecha:

#### 1.1. SOLICITANTE:

Unidad Ejecutora

E-mail  Servicio/Sector

Nombre del Encargado

Teléfono del servicio  Celular del Encargado

#### 1.2. CARGO QUE SE PLANEA CUBRIR/CONDICIONES LABORALES:

Tipo de vínculo  Profesionales  Dependientes

Cargo

Carga horaria semanal  Función a desempeñar

Tipo de función  Titular  UDAS  UDAS FMED

#### 1.3. PERSONA PROPUESTA:

Nombre completo  C.I.

Sexo  Femenino  Masculino Estado Civil

Domicilio:

Departamento  Localidad

Calle

Nº  Block  Torre  Apto.

E-mail  Celular  Teléfono

Nº C.J.P.P.U.  RUT

Afiliado A.F.A.P.  Si  No Jubilado A.F.A.P.  Franja A  Franja B  Franja C

Posee cargo público  Si  No Organismo

Indicar si posee jubilación de Industria y Comercio  Si  No

Posee vínculo contractual con Comisión de Apoyo  Si  No

#### 1.4. DATOS PARA PAGOS

Institución Bancaria

Sucursal

Tipo de Cuenta

CA

CC

Nº de cuenta

#### 1.5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de Documento de Identidad         | En todos los casos                           |
| <input type="checkbox"/> Constancia de actividad de RR.HH. de U.E.   | Sólo para funcionarios del MSP/ASSE          |
| <input type="checkbox"/> Fotocopias de Títulos Habilitantes          | En todos los casos                           |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de Control de Salud               | En todos los casos                           |
| <input type="checkbox"/> Certificado Caja Profesional                | Sólo para para profesionales y licenciados   |
| <input type="checkbox"/> Constancia de pago de Fondo de Solidaridad  | Para Técnicos con más de 5 años de recibidos |
| <input type="checkbox"/> Libreta de chofer profesional               | Sólo para propuestas de choferes             |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de inscripción en la D.G.I. (RUT) | Sólo para profesionales                      |

#### 1.6. AUTORIZACIÓN

\_\_\_\_\_  
Jefe de Servicio

#### 2. DIRECCIÓN UDAS/UDAS FMED

Visto bueno:  si  no

Fundamento de la denegatoria u observaciones

Fecha

\_\_\_\_\_  
Director

### 3. GERENCIA DE COMISIÓN DE APOYO DE PROGRAMAS ASISTENCIALES ESPECIALES - ASSE

Se verifica el financiamiento:  si  no

Se aprueba:  si  no

--

--	--	--

Fecha

\_\_\_\_\_

Gerente