



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 ☐ Alta Dedicación ☐ Descentralización
☐ 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

☐

Fotocopia de Documento de Identidad

En todos los casos

☐

Constancia de actividad de RR.HH. de U.E.

Sólo para funcionarios del MSP/ASSE

☐

Fotocopias de Títulos Habilitantes

En todos los casos

☐

Fotocopia de Control de Salud

En todos los casos

☐

Certificado Caja Profesional

Sólo para para profesionales y licenciados

☐

Constancia de pago de Fondo de Solidaridad

Para Técnicos con más de 5 años de recibidos

☐

Libreta de chofer profesional

Sólo para propuestas de choferes

☐

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