

SOLICITUD ASIGNACIONES DE ESTUDIO

Código Sucursal	Folio de Recepción

ANTECEDENTES DEL AFILIADO			
Nombres y Apellidos (afiliado)			RUT (afiliado)
Domicilio del Afiliado (calle, N°, depto.)			Comuna Afiliado
Región	Teléfono Afiliado	Correo Electrónico Afiliado	
Razón Social Empresa o Entidad Pagadora de Pensión			RUT Empresa o Entidad Pagadora
Sucursal de Recepción	Sucursal de Pago	Renta Imponible (\$)	N° Cargas Acreditadas

ANTECEDENTES DEL POSTULANTE	
Nombre del Alumno (Nombres y Apellidos)	
RUT (alumno)	
Nombre del Establecimiento Educacional	
Comuna	
Nombre de la Carrera (Educación Superior)	

PERSONA QUE COBRA EL BENEFICIO	FORMA DE PAGO
1: Afiliado 2: Carga	1: Depósito Cta. Cte.* 2: Efectivo
*Si elige la opción de depósito en Cta. Cte., verifique que los datos de su cuenta se encuentren actualizados o sean los correctos.	

ENTREGA DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS (se deben entregar todos juntos al momento de postular)		
<input type="checkbox"/> Concentración de Notas Nota Promedio Mínima de acuerdo a: 6,6 (seis coma seis) Educación Básica (7° y 8°) 6,6 (seis coma seis) Educación Media 6,2 (seis coma dos) C.F.T. 6,2 (seis coma dos) Instituto Profesional 6,0 (seis coma cero) Universitaria (pre-grado)	<input type="checkbox"/> Certificado de Alumno Regular. <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad. <input type="checkbox"/> Certificado de Cargas de entidad administradora en el caso de Pensionados, Empleados Públicos e Independientes.	<input type="checkbox"/> Comprobante de Renta: Última liquidación de sueldo en caso de trabajadores dependientes; última liquidación de pensión en caso de pensionados; declaración de renta en trabajadores independientes.

NOTA: ES RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO PRESENTAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN EXIGIDA JUNTO A ESTA SOLICITUD COMPLETA DENTRO DE LOS PLAZOS DE POSTULACIÓN ESTABLECIDOS. LA AUSENCIA DE UNO O MÁS DOCUMENTOS EXIGIDOS, DEJARÁ LA SOLICITUD RECHAZADA SIN DERECHO A REGULARIZACIÓN FUERA DEL PLAZO DE POSTULACIÓN. ASIMISMO, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO, LA AUTENTICIDAD Y VERACIDAD DE LOS ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS APORTADOS.

FIRMA Y TIMBRE DE LA EMPRESA (Opcional)	FIRMA DEL AFILIADO
--	---------------------------

TIPO DE EDUCACIÓN 1 BÁSICA 2 MEDIA 3 CFT 4 I.P. 5 UNIVERSITARIA	PROMEDIO NOTAS	USO EXCLUSIVO CAJA LOS ANDES V°B°	RECEPCIÓN	REVISIÓN	VALIDACIÓN

Observaciones

ACUSE DE RECIBO		FECHA Y TIMBRE CAJA LOS ANDES
Nombre y Apellidos Afiliado	RUT Afiliado	
Razón Social Empresa o Entidad Pagadora de Pensión		