



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS  
DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA LABORAL  
UNIDAD GESTIÓN SOCIAL

## INSCRIPCION CABAÑAS VACACIONALES 2023

\_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES

R.U.T. \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

SERV. /UNID. DE TRABAJO \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO A BIENESTAR \_\_\_\_\_ FONO CELULAR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

¿Ha usado las cabañas de veraneo de **Vilches** anteriormente?: SI/NO \_\_\_\_\_ (AÑO) \_\_\_\_\_

¿Ha usado las cabañas de Veraneo de **Constitución** anteriormente?: SI/NO \_\_\_\_\_ (AÑO) \_\_\_\_\_

**SOLICITA CABAÑAS EN** \_\_\_\_\_ **DESDE** \_\_\_\_\_ **HASTA** \_\_\_\_\_  
(Vilches o Constitución)

Ambas fechas inclusive, para lo cual adjunta la documentación requerida.

Marque (X) la opción de pago:    **PAGO DIRECTO:**                       **DESCUENTO POR PLANILLA:**

Declaro conocer el **REGLAMENTO** que rige estas **CABAÑAS** y por lo tanto me **COMPROMETO** a acatarlo en todas sus partes, por este medio **AUTORIZO** que se realicen los DESCUENTOS según corresponda, en \_\_\_\_\_ cuotas (máximo 5 cuotas) **en caso de descuento por planilla debe presentar firmas y datos de 2 codeudores.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AFILIADO/A**

**FIRMAS CODEUDORES: (COMPLETAR SOLO EN CASO DE DESCUENTO POR PLANILLA)**

FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 1		FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 2	
NOMBRE COMPLETO:	_____	NOMBRE COMPLETO:	_____
CÉDULA DE IDENTIDAD:	_____	CÉDULA DE IDENTIDAD:	_____
FECHA INGRESO BIENESTAR:	_____	FECHA INGRESO BIENESTAR:	_____
ESTABLECIMIENTO:	_____	ESTABLECIMIENTO:	_____

## IMPORTANTE

### I. VALORES:

Anualmente el Consejo Administrativo de Bienestar fijará precios para los recintos vacacionales.

#### Valores año 2023:

- Valor diario o por noche (según corresponda) para afiliados/as \$21.000.
- Valor diario o por noche (según corresponda) para honorarios \$29.000.
- Valor diario o por noche (según corresponda) para particulares \$46.000.
- Valor diario o por noche (según corresponda) funcionarios/as otros Servicios Públicos \$40.000.
- Valor diario o por noche (según corresponda) para adicionales \$12.000.

### II. DE LA SOLICITUD:

- La solicitud debe entregarla con la anticipación de 30 días antes de la fecha en que desea arrendar cabaña, en caso de entregarla de forma posterior puede arriesgar quedar fuera de la asignación.
- Podrán solicitar cabañas: afiliados/as, particulares, funcionarios/as de otros servicios públicos, honorarios.

### III. ASIGNACIÓN:

- La asignación se realiza con 20 días hábiles de anticipación.
- En aquellos casos que las demandas de uso de cabañas superen la disponibilidad de estas, se realizará selección.

### IV. EQUIPAMIENTO:

- Deberá llevar su propia ropa de cama: sábanas, frazadas, cobertores, fundas de almohadas en periodo pandemia. En caso de que el recinto posea frazadas y cobertores se facilitarán.
- Deberá llevar sus propias toallas.
- El lugar cuenta con escoba, pala, basureros, pero deberá llevar material de aseo.

### V. ESTADÍA

- No se aceptarán visitas.
- No se permite el ingreso de mascotas al interior del recinto.
- No se aceptará el ingreso de personas no inscritas y declaradas en ingreso.

### VI. HORARIOS:

- Ingreso desde las 10.00 hrs. hasta las 20.00 hrs.
- Retiro desde las 10.00 hrs. hasta las 20.00 hrs.

### VII. TEMPORADA DE ARRIENDO:

- En temporada Alta, la cual va desde el 15 de diciembre hasta el 15 de marzo, vacaciones de inviernos y feriados largos, la asignación privilegiará solicitudes de **MARTES a DOMINGO**.
- En temporada Baja, la cual va desde el 16 de marzo al 14 de diciembre, el arriendo podrá ser por la cantidad de días que se solicite, con un máximo de 6 días y 5 noches (martes a domingo).

### VIII. EN CASO DE CONTAGIOS (PANDEMIA):

- Si alguna persona se encuentre haciendo uso de las cabañas y presenta positividad, deberá informar al encargado del recinto y abandonar las dependencias inmediatamente. En esta situación el pago será efectivo solo por los días utilizados.



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS  
DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA LABORAL  
UNIDAD GESTIÓN SOCIAL

## CERTIFICADO

EL/LA ENCARGADO/A LOCAL DE BIENESTAR QUE AUTORIZA, CERTIFICA QUE DON/ÑA \_\_\_\_\_ ES FUNCIONARIO/A AFILIADO/A AL **SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO DE SALUD MAULE**, DESEMPEÑANDO FUNCIONES EN ESTE ESTABLECIMIENTO Y QUE SOLICITA INSCRIPCIÓN PARA UTILIZACIÓN DE CABAÑAS DE BIENESTAR, UBICADAS EN \_\_\_\_\_ PARA EL Y SU GRUPO VERANEANTE, DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:

### 1. DATOS DEL GRUPO VERANEANTE (incluir a afiliado/a):

NOMBRE COMPLETO	EDAD	PARENTESCO	CARGA FAMILIAR	
			SI	NO
<b>ADICIONALES</b>				

### 2. A COMPLETAR POR BIENESTAR LOCAL:

<b>NOMBRE ENCARGADO/A LOCAL BIENESTAR:</b>	
<b>FIRMA Y TIMBRE:</b>	
<b>FECHA:</b>	