



UNIVERSIDAD
DE SANTIAGO
DE CHILE

4 PERSONAS

Primera vez SI NO

SOLICITUD USO CABAÑAS CEREDE

Unidad de Bienestar del Personal
Matucana 28-D Estación Central, ex Segic - piso 1
Fonos: (2) 2718 1660, (2) 2718 1663, (2) 2718 1686

Centro de Recreación y Descanso
Av. Isidoro Dubournais 1589 – El Quisco

Fecha solicitud: _____

Nombre _____

Rut _____ Teléfono IP _____ Teléfono particular _____

Unidad _____ Estamento _____ Grado _____

Solicita uso de cabaña en el periodo ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____

Personas que asisten (Máx. 4 personas). Incluir al afiliado/a y los/as niños/as mayores de 1 año.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Si el/la afiliado/a NO usará personalmente la cabaña, indique:

Persona a cargo: _____ Parentesco: _____

Declaro conocer el Reglamento de Funcionamiento del Centro de Recreación de El Quisco.

Recuerde, si usted, solicitó arrendar cabaña y no asiste al recinto, se procederá a efectuar cobro, conforme al acuerdo del Consejo de Administración de la Unidad de Bienestar de Personal. (52/12.09.2003).

La Unidad de Bienestar del Personal recomienda mantener la cabaña cerrada cada vez que salga de ella, con el fin de evitar hurtos y/o pérdidas.

FIRMA AFILIADO/A

CODEUDORES SOLIDARIOS

Apellidos _____ Apellidos _____

Nombres _____ Nombres _____

Rut _____ Rut _____

FIRMA CODEUDOR

FIRMA CODEUDOR

Nota: Este documento tendrá vigencia sólo durante el periodo señalado en esta solicitud.



SOLICITUD USO CABAÑAS CEREDE
Unidad de Bienestar del Personal

N° Veces Receso	_____
Puntaje	_____
Folio	_____

CAPACIDAD DE DESCUENTO

Fecha afiliación: _____
 Aporte 1%: _____
 Capacidad de descuento: _____
 Compromisos: _____

 Disponible: _____
 Responsable capacidad: _____

APORTE VOLUNTARIO POR USO CABAÑAS

Número de días: _____
 Aporte: _____
 Total: _____
 Abono: _____
 Comprobante de ingreso N° _____
 Saldo: _____
 Número de cuotas: _____
 Deterioro: _____
 Adicional: _____
 TOTAL: _____

ORDEN DE INGRESO N°

La encargada del CEREDE que suscribe autoriza al portador el uso de la cabaña N° _____

	Día	Mes	Año	Hora
Ingreso				
Salida				

FIRMA ENCARGADO/A

INFORME DEL CUIDADOR

	Día	Mes	Año	Hora	Deterioros
Ingreso					
Salida					

Observaciones del cuidador: _____

Observaciones del afiliado: _____

FIRMA AFILIADO/A

FIRMA CUIDADOR