



**FB** | Corporación  
de Salud  
Santander

## Fondo de Ahorro Compartido 1+1

Señores Directores, solicito aceptar el Aumento del Aporte, para el **Fondo Ahorro Compartido 1+1**, de la Corporación de Salud Santander, a contar del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, para lo cual autorizo efectuar el descuento de UF\_\_\_\_\_ de mi remuneración.  
Declaro conocer y aceptar la reglamentación vigente.

Nombre: \_\_\_\_\_

R.U.T.: \_\_\_\_\_

Suc./Unidad: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Fecha Aprobación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

V° B° \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si el Socio tiene más de 6 años continuos aportando al Fondo 1+1, puede aumentar a 0,75 o a 1,00 UF su aporte y la Corporación le igualara su aporte.**

**Nota:** Una vez llenado con letra legible, enviarlo al correo:  
sisachcorsal@gmail.com