

MINUTA DE RECOLECCION DE ANTECEDENTES GOBIERNO CENTRAL MIRA GC

ANTECEDENTES INSTITUCIÓN

RAZON SOCIAL			
RUT			
DIRECCION, COMUNA, CIUDAD			
TELEFONO			
SITIO WEB			
REPRESENTANTE LEGAL			
RUT REP. LEGAL		SISTEMA DE PROCEDENCIA (nombre de CCAF O INP)	
CARGO		ANTIGÜEDAD SISTEMA DE PROCEDENCIA (años)	

CONDICIONES DE OTORGAMIENTO DE CRÉDITO EN CCAF DE PROCEDENCIA

Monto máximo	Plazo	Veces Renta	Antigüedad mínima
TOTAL MONTO MENSUAL DE LA NOMINA DE COBRO (Lo que llega de la CCAF)			
PAGO MENSUAL DE LA NÓMINA (Lo que se paga efectivamente)			
POR QUÉ RAZÓN SE CAMBIA DE CCAF (Marcar con X)	Servicios	Beneficios	Acceso al crédito
Otro			

Si escogió la opción "Otro", especifique:

ANTECEDENTES COMPOSICION TRABAJADORES

AGRUPADOS POR FUNCION	N° Trabajadores	N° Contrato indefinido	N° Contrato Plazo Fijo	N° de trabajadores por tramo de año			
				1 - 2 años	2 - 4 años	4 - 6 años	6 años o más
Directivos, Cargos de Confianza y Jefaturas							
N° de desvinculaciones y renunciaciones ÚLTIMOS 36 MESES		Indefinido	Plazo Fijo	Motivo			
N° de trabajadores con licencia médica ÚLTIMOS 36 MESES		Indefinido	Plazo Fijo	Motivo			
AGRUPADOS POR FUNCION	N° Trabajadores	N° Contrato indefinido	N° Contrato Plazo Fijo	N° de trabajadores por tramo de año			
				1 - 2 años	2 - 4 años	4 - 6 años	6 años o más
Profesionales y técnicos							
N° de desvinculaciones y renunciaciones ÚLTIMOS 36 MESES		Indefinido	Plazo Fijo	Motivo			
N° de trabajadores con licencia médica ÚLTIMOS 36 MESES		Indefinido	Plazo Fijo	Motivo			
AGRUPADOS POR FUNCION	N° Trabajadores	N° Contrato indefinido	N° Contrato Plazo Fijo	N° de trabajadores por tramo de año			
				1 - 2 años	2 - 4 años	4 - 6 años	6 años o más
Administrativos							
N° de desvinculaciones y renunciaciones ÚLTIMOS 36 MESES		Indefinido	Plazo Fijo	Motivo			
N° de trabajadores con licencia médica ÚLTIMOS 36 MESES		Indefinido	Plazo Fijo	Motivo			
TOTALES	N° Trabajadores	N° Contrato indefinido	N° Contrato Plazo Fijo	N° de trabajadores por tramo de año			
				1 - 2 años	2 - 4 años	4 - 6 años	6 años o más

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE
 RESPONSABLE DE LA EMPRESA**

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE CCAF LOS HEROES

FECHA:

FECHA:

EL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR QUE COMPARECE, DECLARA QUE LO INDICADO PRECEDENTEMENTE, ES FIEL A LA REALIDAD, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ART. 18 DE LA LEY 17322