



Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
Depto. de Calidad de Vida
Subdepto. del Bienestar

72-2337853-ANEXO 727853



PODER SIMPLE

YO,....., RUT.....

FUNCIONARIO/A DEL ESTABLECIMIENTO DE
..... AUTORIZO A RETIRAR LOS PAGOS DE
MIS BENEFICIOS REEMBOLSADOS POR EL BIENESTAR REGIONAL DEL SERVICIO DE SALUD
OHIGGINS, COMO TAMBIEN, AUTORIZO PAGAR LAS CUOTAS DE AFILIACIÓN POR
ENCONTRARME CON.....

(PERMISO SIN GOCE DE SUELDO U OTRAS SITUACIÓN)

FIRMA Y RUT DEL FUNCIONARIO

FIRMA DEL AS DEL ESTABLECIMIENTO

FECHA _____