



Subdirección de Gestión y Desarrollo  
de las Personas  
Departamento de Calidad de Vida  
Subdepto. de Bienestar  
72-2337853- ANEXO 727853



Servicio de Salud O'Higgins  
Servicio de Bienestar

## SOLICITUD DE RENUNCIA BIENESTAR

FECHA RECEPCION DE RENUNCIA EN ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

.....  
APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUT.....CORREO ELECTRONICO ... ..

ESTABLECIMIENTO.....CARGO.....

GRADO..... CALIDAD CONTRACTUAL.....

En la comuna de..... con fecha .....

Informo que he decidido renunciar a bienestar por el siguiente motivo:

.....  
.....

POR LO TANTO, DECLARO NO TENER NINGÚN TIPO DE DEUDA CON EL BIENESTAR, YA  
SEA EN PRÉSTAMO O EN CUOTAS PENDIENTES.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE REFERENTE  
LOCAL