



Servicio de Salud  
Del Libertador  
General Bernardo  
O Higgins  
  
Ministerio de  
Salud

**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