



**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 \_\_\_\_\_