



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL

FORMULARIO DESAFILIACION SERVICIO DE BIENESTAR

1. ANTECEDENTES:

FECHA RECEPCION ESTABLECIMIENTO:

FECHA RECEPCION S. DE BIENESTAR:

ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA:

2. IDENTIFICACION DEL AFILIADO/A:

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del afiliado completar íntegramente todos los antecedentes solicitados para agilizar el trámite.

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
_____	_____	_____
RUT	CARGO	GRADO

Solicita al Jefe del Servicio de Bienestar aceptar mi renuncia a la calidad de afiliado al Servicio de Bienestar a contar del _____ de _____ del _____, por las razones que a continuación expone:

FIRMA AFILIADO/A

3. USO INTERNO UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL SERVICIO DE SALUD

3.1. Con fecha _____ el Consejo Administrativo de Bienestar, certifica que se aceptó desafiliación del/la funcionario/a o jubilado/a.

SECRETARIA
CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR
JEFA SERVICIO DE BIENESTAR
(Nombre y firma)

3.2. Fecha desafiliación en SIRH _____

ENCARGADA AFILIACIÓN Y DESAFILIACIÓN
SERVICIO DE BIENESTAR
(Nombre y firma)