



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA LABORAL
SERVICIO DE BIENESTAR
"Un Equipo a su Servicio"

PODER SIMPLE PARA RETIRO DE VALE DE GAS

Yo, _____ C. Identidad N° _____,
(Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno)

Funcionario (a) de _____ del _____
(Servicio) (Establecimiento)

Anexo/Teléfono fijo-celular _____ Afiliado (a) al Servicio de Bienestar S.S.M.S.O.

Autorizo a _____ C. Identidad N° _____
(Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno)

PARA RETIRAR BENEFICIO CORRESPONDIENTE A VALES DE GAS.

*** Adjuntar fotocopia de cédula de identidad de quién autoriza y quién retira.**

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

PUENTE ALTO, _____.