



PODER SIMPLE PARA COBRO O PAGO DE LICENCIA MÉDICA (ENFERMEDAD COMÚN, MATERNAL O HIJO ENFERMO)

Yo: RUT:

domiciliado en:

comuna de: Teléfono:

Autorizo a: Rut:

para que retire en mi nombre pago por concepto de licencia médica correspondiente

al período de a

según folio licencia médica N°

Firma Afiliado:

Nota: Deberá adjuntar a este poder fotocopia de Cédula de Identidad de titular vigente y fotocopia de cédula de identidad de quien realizará el cobro.