

**PODER SIMPLE PARA COBRO PAGO DE LICENCIA MÉDICA
(ENFERMEDAD COMUN, 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 periodo del

.....al, 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.