



San Joaquín, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FORMULARIO RENUNCIA  
SISTEMA DE BIENESTAR APS – SAN JOAQUIN**

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido)

Declaro ser funcionario de la Corporación de Salud de San Joaquín, desempeñando funciones en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Categoría: \_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_  
(Mencionar lugar de trabajo)

Cargo: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_, Estado Civil: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_, Celular: \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_, Comuna: \_\_\_\_\_

En base a la información entregada en este documento, deseo manifestar mi renuncia voluntaria como afiliado al Sistema de Bienestar de Salud.

La razón que motiva mi retiro voluntario del Servicio de Bienestar de salud de la Corporación Municipal es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Señalo mi retiro y solicito se deje de realizar el descuento mensual por planilla equivalente al 1% de mi remuneración base imponible, sin embargo, como autorice en el Formulario de Incorporación acepto se realicen los descuentos por aportes extraordinarios o cualquiera que se origine por compromisos, prestaciones o créditos otorgados por el Servicio de Bienestar.

De igual forma, autorizo a mi empleador realizar descuentos a mi finiquito si existieran saldos adeudados al Servicio de Bienestar, de producirse el término de mi relación laboral con la Corporación Municipal de San Joaquín.

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario de Salud

\_\_\_\_\_  
Firma Jefe Departamento de  
Bienestar APS