



Fecha

PODER SIMPLE

yo, _____ Centro de Costo: _____

R.U.T. N° _____, autorizo a don(a) _____,

R.U.T. N° _____ a retirar en mi nombre y bajo mi entera responsabilidad, del

Departamento de Bienestar lo siguiente:

- Convenio de supermercado
- Convenio Farmacias Ahumada
- Bonificaciones y Ayudas

Monto

Monto

Firma Poderante

Firma Autorizado