



CORPORACIÓN  
DE SALUD Y EDUCACIÓN

MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA  
REGIÓN METROPOLITANA  
 CADA VEZ  
MEJOR



## PODER SIMPLE

Fecha

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