



## SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

Estar bien  
**Bienestar**

	/		/	
--	---	--	---	--

### 1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

RUT 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

FECHA NACIMIENTO	GÉNERO	ESTADO CIVIL

CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	ANEXO

ESTABLECIMIENTO  

--

### 2. MES DE DESAFILIACIÓN

A PARTIR DEL MES	AÑO

### 3. RAZONES DE DESAFILIACIÓN (MARQUE CON X)

- MOTIVOS ECONÓMICOS
- NO RECEPCIÓN DE BENEFICIOS
- MOTIVOS PERSONALES
- DESCONTENTO CON LA ATENCIÓN
- OTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA AFILIADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA A.S.  
UNIDAD LOCAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA BIENESTAR  
SSMC