



SERVICIO DE BIENESTAR  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
VIÑA DEL MAR

FECHA: \_\_\_\_\_/

**RENUNCIA VOLUNTARIA A BIENESTAR**

---

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

RUT: \_\_\_\_\_

Por el presente documento, presento mi renuncia voluntaria al SERVICIO DE BIENESTAR APS-CMVM. Certifico estar en conocimiento de la normativa que establece el Reglamento de Bienestar al respecto.

**Artículo 9. La calidad de afiliado se perderá por las siguientes causales:**

**b) Por desafiliación voluntaria, en cuyo caso deberá presentar, por escrito, la renuncia voluntaria al Comité de Bienestar, la que se hará efectiva, al mes subsiguiente de recibida la renuncia, salvo que presente deudas, en los términos señalados en el artículo 12 del Reglamento, en cuyo caso se hará efectiva la renuncia una vez que las haya pagado íntegramente.**

**Artículo 10. A los afiliados que dejen de pertenecer al Servicio de Bienestar por alguna de las causales señaladas en el artículo anterior, no se le devolverá los aportes que hayan enterado con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el término de su afiliación.**

**Artículo 11. Los deberes de los afiliados serán los siguientes:**

**c) El afiliado que se retire voluntariamente y luego solicite su reincorporación, quedará sujeto a las mismas condiciones que se exigen para aquellos que ingresan por primera vez, reincorporación que podrá solicitar después de cumplido a lo menos un año de su retiro voluntario, previa evaluación del Comité de Bienestar.**

***Motivo Renuncia Voluntaria:***

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Toma de conocimiento

*FIRMA PRESIDENTE/A COMITÉ DE BIENESTAR*