



AUTORIZACION AFILIACION FONASA

Yo, Sr. (ra) Clarisa del Carmen Uribe Holtman

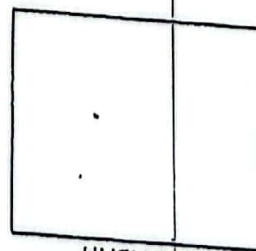
Cedula de Identidad N° 11.129.400 - 2

Declaro no estar afiliado(a)

A ninguna Isapre, por lo cual autorizo a PROGESTION CHILE S.A., RUT. 76.909.880-1 para que

Me afilie al sistema de salud FONASA, en completa conformidad a mi voluntad.

FIRMA TRABAJADOR



HUELLA

DIGITAL