



COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN DE DATOS

DATOS DEL EMPLEADOR									
NÚMERO PATRONAL			NOMBRE DEL EMPLEADOR O RAZÓN SOCIAL						
DIRECCIÓN						TELÉFONO			

DATOS DEL ASEGURADO									
APELLIDOS			NOMBRES				NÚMERO DE ASEGURADO		
DIRECCIÓN						TELÉFONO			

SALARIO		FECHA DE INGRESO			CONDICIÓN DEL TRABAJADOR		FECHA DE RETIRO		
SEMANAL	MENSUAL	DÍA	MES	AÑO	ACTIVO	RETIRADO	DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO, QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO, SON COMPLETAMENTE CIERTOS									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LUGAR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO, DEBE SER LLENADO **ÚNICAMENTE** POR EL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA Y ENTREGADO AL ASEGURADO PARA QUE LO CONSIGNE EN LA UNIDAD DE PRESTACIONES DEL CENTRO ASISTENCIAL CORRESPONDIENTE, EN EL MOMENTO DE EFECTUAR SU PRIMER COBRO.

