|  |  |
| --- | --- |
|  | **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****Formulario: FS – 06** |
| **FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE CUENTAS MODULO DE COTIZACIONES** **PARA EMPRESAS** |
| **DATOS DE LA EMPRESA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** |  |
| **N° Patronal** |  |
| **N° Registro Regional** |  |
| **Fecha Solicitud** | **/ /** |

 | **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE: |   |
| CARGO: |  |
| ÁREA: |  |
| N° Poder: |  |

**(IMPORTANTE:** Debe adjuntar el Poder del Representante Legal**)** |
|  **DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD** (Datos a ser llenados por el Jefe, Responsable y/o por el Inmediato Superior) |
| **Habilitación, Personal Operador de Planillas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Personal Habilitado |  |
| Número de Carnet de Identidad y extensión |  |
| Cargo del Habilitado |  |
| Teléfono de Contacto + Interno |  |
| Celular de Contacto |  |
| Correo Electrónico Institucional |  |
| Regional(es) | LPZ CBBA SCZ POT ORU SUC TAR TRI COB |

**Habilitación, Personal Operador de Planillas**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Personal Habilitado |  |
| Número de Carnet de Identidad |  |
| Cargo del Habilitado |  |
| Teléfono de Contacto + Interno  |  |
| Celular de Contacto |  |
| Correo Electrónico Institucional |  |
| Regional(es) | LPZ CBBA SCZ POT ORU SUC TAR TRI COB |

 |
| **Deshabilitación, Personal Operador de Planillas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Personal  |  |
| Número de Carnet de Identidad |  |
| Usuario Asignado |  |

**Deshabilitación, Personal Operador de Planillas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Personal  |  |
| Número de Carnet de Identidad |  |
| Usuario Asignado |  |

Nota: (La CSBP, no se hace responsable si la empresa, no deshabilita a su personal, una vez retirado del cargo) |
| **OBSERVACIONES DE LA EMPRESA:** |
|  |
| **FIRMA SOLICITANTE (Firma y Sello)** | FIRMA REPRESENTANTE **LEGAL (Firma y Sello)** |
| **OBSERVACIONES REALIZADAS POR LA UNIDAD DE SEGUROS** |
|  |
| **AUTORIZADO POR (Firma y Sello)** | **REALIZADO POR (Firma y Sello)** |