

**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 <input type="checkbox"/> CBBA <input type="checkbox"/> SCZ <input type="checkbox"/> POT <input type="checkbox"/> ORU <input type="checkbox"/> SUC <input type="checkbox"/> TAR <input type="checkbox"/> TRI <input type="checkbox"/> COB <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> CBBA <input type="checkbox"/> SCZ <input type="checkbox"/> POT <input type="checkbox"/> ORU <input type="checkbox"/> SUC <input type="checkbox"/> TAR <input type="checkbox"/> TRI <input type="checkbox"/> COB <input type="checkbox"/>

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)