



MOVIMIENTO DE EMPLEADOS
POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS

PATRONO _____

POLIZA _____

FECHA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Dia Mes Aro

NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO _____ TELEFONO _____

Table with 7 columns: CERT.No., NOMBRE, EMPLEADO, DEPENDIENTE, ADICION, TERMINACION, CAMBIO DE CLASIFICACION. The table contains 18 empty rows for data entry.

S-003

FIRMA AUTORIZADA

Importante adjuntar Tarjeta de Solicitud e indicar las fechas. Este reporte debe ser enviado mensualmente 5 días laborables antes de su fecha de facturación.