CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD

AVISO DE AFILIACION O REINGRESO DEL TRABAJADOR

FORM. DS-04-06

DATOS DEL TRABAJADOR(A)				
	Nº de Asegurado	Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombre (s)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR(A)								
	Lugar	Día	Mes	Año	Edad	Sexo	Est. Civil	Nº de Identidad

DOMICILIO DEL TRABAJADOR(A)					
	Calle/Avenida	Nº	Tel/Cel	Zona	Localidad

DATOS DEL EMPLEADOR				
	Razón Social de la Empresa		Lugar de trabajo (Departamento)	
	Profesión	Cargo que Desempeña	Fecha de Ingreso	Haber Mensual

Firma Titular de Seguro	Firma, Aclaración de Firma y Sello de la Empresa	Nombre y Firma del Calificador	Fecha de Inscripción