



*Instituto de Previsión Social de los Trabajadores Administrativos
de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"
RIF: J-30351857-5 NIT: 0065087901*

**FONDO DE CONTINGENCIA MÉDICA
PERSONAL ADMINISTRATIVO**

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Nombres y Apellidos del Trabajador:	Cedula de Identidad:		
Dirección de Habitación:	Teléfonos		
	Habitación	Trabajo	Celular
Dirección de Trabajo:	Ubicación Física:		
Cargo:	Correo Electrónico:		

Carga Familiar

Los beneficiarios a incluir deben ser familiares directos (Ascendientes o descendientes) del trabajador, anexar fotocopias de cédulas de identidad.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS BENEFICIARIOS	CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

Total Carga Familiar _____ Total Cuota en Bs. _____

Por medio de la presente autorizo a UCLA me descuenta de mi nomina la cantidad de Bs. _____, por concepto de cuota mensual de afiliación al FONDO DE CONTINGENCIA MEDICA de los Empleados Administrativos.

Igualmente autorizo me sea descontado de mi Bono Vacacional la cantidad de Bs. _____, y/o de mi bono de fin de año la cantidad Bs. _____, como aportes especiales al FONDO DE CONTINGENCIA MEDICA.

Firma Trabajador
C.I.

Barquisimeto, _____ de _____ del _____

ING.YB
2014