**Fecha:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS PERSONALES | | |
| Nombre del trabajador y/o colaborador: | | |
| Correo Electrónico: | | Extensión: |
| Puesto: | Departamento: | |
| Fecha de ingreso a al Seguro Médico: | | |
| Fecha de Baja del Seguro: | | |
| No. de Certificado: | | |

Firma trabajador y/o colaborador

|  |
| --- |
| AUTORIZACIÓN JEFE INMEDIATO |
| Nombre del Jefe Inmediato: |
| Puesto: |
| Partida Presupuestaria Autorizada: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoría: Nacional  Internacional |  |  |
|  |  |
| % a Cubrir: Colaborador  UVG/ Proyecto | % | |
| % | |
| Forma de contratación: Planilla  Honorarios  Bucks County |  | |
|  | |
|  | |
| Tipo de Prima: Sin Dependientes  Con Dependientes |  | |
|  | |

**CLAUSULA DE RESPONSABILIDAD:**

El Jefe inmediato es el responsable de notificar la baja del colaborador a su cargo que goce de este beneficio, en caso contrario, el respectivo descuento se hará de la partida presupuestaria asignada para ello, de su departamento.

Firma de Jefe Inmediato

**Dirección de Recursos Humanos**

**PARA EJECUTAR**