

ACTUALIZACION DE DATOS PARA ENVIO DE PLANILLA EN FORMA ELECTRONICA

A continuación se le pide completar el formulario con la información solicitada:

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Nombre de la Empresa:	SUPERMERCADO SATELITE S.A.		
RTN:	05019004463374		
Teléfono 1: 2510-1008	Teléfono 2 : N/A	Teléfono 3: N/A	

Nombre de la Persona encargada de la recepción del correo	DAMIAN ALBERTO NUÑEZ GUZMAN
Número de Teléfono Celular de la persona encargada de la recepción de las planillas	9714-2097
Número de Teléfono fijo de la empresa:	2510-1008
Correo Electrónico:	supersumesa@hotmail.com
Correo Electrónico:	damian_819@hotmail.com
Correo Electrónico:	marionunezhn@hotmail.com

INFORMACIÓN DE LOS CORREOS A LOS QUE SE ENVIARAN LAS PLANILLAS.

Anotar al menos 2 correos a los que se enviarán las planillas.

NUMEROS PATRONALES CUYAS FACTURAS SERAN ENVIADAS ELECTRONICAMENTE

201-2007-0345-1	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

(Puede adjuntar hojas adicionales si necesita incluir más números patronales.

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo:	MARIO ALBERTO NUÑEZ CALIX	ID: 1804-1986-02103	TEL FIJO: 2551-3614
------------------	----------------------------------	----------------------------	----------------------------

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

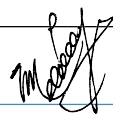
Por medio de la presente los abajo firmantes declaramos ser responsables solidariamente por el uso que se realice del servicio otorgado en esta fecha y de las consecuencias derivadas directa o indirectamente del mismo. Así mismo declaramos entender que tenemos la responsabilidad de la verificación del recibo de planillas en el período que el IHSS otorga y constatar que es correcta, de no serlo debemos presentar el reclamo en tiempo y forma antes de la fecha límite de pago.

Cualquier uso o abuso realizado por terceras personas a quienes se haya compartido por acción o descuido dicha información, será responsabilidad del empleado y la empresa que ha otorgado el permiso.


 ANA GUZMAN



Nombre/ Firma/Sello: Gerencia



MARIO ALBERTO
NUÑEZ CALIX

Nombre/Firma : Representante Legal

USO EXCLUSIVO DE IHSS

Fecha:		Aprobado <input type="checkbox"/>	Denegado <input type="checkbox"/>	Firma		FUNCIONARIO	
--------	--	-----------------------------------	-----------------------------------	-------	--	-------------	--