



LOS DOCUMENTOS SE RECIBIRAN MAXIMO EL:
31 DE ENERO DE 2024 HASTA LAS 15H00
 PASADA ESTA FECHA NO HABRA OPCION DE RECLAMO ALGUNO

INFORMACION PARA UTILIDADES 2023

OBLIGATORIAMENTE DEBE PRESENTAR **COPIA A COLOR EN ALTA RESOLUCION** DE CEDULA DE IDENTIDAD Y PAPELETA DE VOTACION ACTUALIZADA DEL TRABAJADOR Y SU CONYUGE O CONVIVIENTE.

DOCUMENTOS ORIGINALES PARTIDA DE MATRIMONIO CIVIL, UNIÓN DE HECHO LEGALIZADA EN EL REGISTRO CIVIL, PARTIDAS DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS MENORES DE 18 AÑOS, PARTIDA DE NACIMIENTO DE HIJOS CON DISCAPACIDAD SIN LIMITE DE EDAD MAS COPIA A COLOR DEL CARNET DEL CONADIS. TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS AL **MES DE ENERO 2024**.

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____
CIUDAD EN DONDE EJECUTA SU TRABAJO: _____ **PROYECTO:** _____
DIRECCION DE SU VIVIENDA: _____
TELEFONO FIJO: _____ **TELEFONO CELULAR:** _____
CIUDAD DE RESIDENCIA: _____ **EMAIL:** _____

ESTADO CIVIL: (Marque con una X su respuesta)

SOLTERO DIVORCIADO

CASADO **FECHA MATRIMONIO:** _____

UNION DE HECHO **FECHA DE LEGALIZACION EN REGISTRO CIVIL** _____

PLANTILLA RESUMEN DE CARGAS FAMILIARES DECLARADAS Y JUSTIFICADAS CON DOCUMENTOS						
PARENTESCO	NOMBRES COMPLETOS	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO Ej: 01-MAY-2011	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	POSEE DISCAPACIDAD	NO. CARNET CONADIS
CONYUGE					N/A	N/A
HIJO/A					SI () NO ()	
HIJO/A					SI () NO ()	
HIJO/A					SI () NO ()	
HIJO/A					SI () NO ()	
HIJO/A					SI () NO ()	
HIJO/A					SI () NO ()	
HIJO/A					SI () NO ()	

TOTAL, NUMERO DE CARGAS SUMADO EL/LA CONYUGUE O PAREJA E HIJOS MENORES DE 18 AÑOS Y LOS HIJOS DE CUALQUIER EDAD CON DISCAPACIDAD.

NOTA: NO PARTICIPARÁN, LAS HIJAS Y LOS HIJOS DEL TRABAJADOR O EX TRABAJADOR QUE HAYAN CUMPLIDO DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD DENTRO DEL EJERCICIO FISCAL 2023.

CON MI FIRMA EN ESTE DOCUMENTO DECLARO, DOY FE Y ME REAFIRMO, EN QUE LAS CARGAS DETERMINADAS EN ESTE DOCUMENTO SON LAS QUE MANTENGO A LA FECHA Y EN CASO DE VERIFICARSE FRAUDE, ME RESPONSABILIZO PERSONALMENTE PARA QUE LA EMPRESA ACTUE LABORAL Y LEGALMENTE EN MI CONTRA, ASUMIENDO TODO COSTO QUE ELLO DEMANDE.

 FIRMA DEL EMPLEADO

ESPACIO PARA VALIDACION DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA				
NUMERO DE DOCUMENTOS RECIBIDOS:		FECHA DE RECEPCION:		VALIDADA POR: