

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

Versión: 02

Código: F-GC-24

Fecha: 27/06/2019

Página: 1 de 1

NÓMINA DE BENEFICIARIOS - PLANES CORPORATIVOS**Empresa:****Dirección:****E-mail:****Plan :****Barrio:****Nombre del Responsable:****Vigencia:****Teléfono:****RUC:**

N°	N° de Grupo	N° de Adh.	Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Parentesco	Nacionalidad	Direccion Particular	Celular	Cuota	Uso Interno OAMI	
													IMC	FUM
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
Firma y sello del Encargado de la Empresa:									Fecha:					
Firma y aclaración del Asesor Comercial:									Código de Asesor:					
Verificado por:									Fecha:					
Recibido por:									Fecha:					