



# CLÍNICA DE SERVICIOS MÉDICOS

## Fondo Universitario de Protección-UES



Final 25 Av.Nte. Ciudad Universitaria. S.S. El Salvador C.A. Conmutador Tel: 2225-1500 Ext. 5045

### HOJA DE REGISTRO FAMILIAR

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

I.S.S.S.: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONYUGE: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO A LA U.E.S.: \_\_\_\_\_

FACULTAD/UNIDAD: \_\_\_\_\_

REGIMEN DE CONTRATACION: LEY DE SALARIOS  CONTRATO

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_

No.	NOMBRE DE HIJOS MENORES DE 21 AÑOS	DOCUMENTO PRESENTADO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD ACTUAL

NOTA: Según el Art. N° 8 del Reglamento Especial de Prestaciones en Salud, deberá anexar fotocopia de la Partida de Nacimiento, Boleta de Pago reciente y una Fotografía tamaño cedula de los beneficiarios inscritos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTACION RECIBIDA