

FORMULARIO DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DE NÓMINA DE PERSONAS AUTORIZADAS

ENTIDAD:	<input type="text"/>		
N° DE INSCRIPCIÓN ANTE LA SSN:	<input type="text"/>		
REPRESENTANTE LEGAL:	<input type="text"/>		
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	C.I./L.E./L.C./D.N.I.:	<input type="text"/>
DOMICILIO:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>
ACTOS DE DESIGNACION:	<input type="text"/>		
DURACION DEL CARGO:	<input type="text"/>	<hr/> <p style="text-align: center;">FIRMA</p>	
TELEFONO:	<input type="text"/>		
FAX:	<input type="text"/>		

FIRMAS AUTORIZADAS

NOMBRE:	<input type="text"/>		
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	C.I./L.E./L.C./D.N.I.:	<input type="text"/>
DOMICILIO:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>
CARGO:	<input type="text"/>	DURACION:	<input type="text"/>
ACTOS DE DESIGNACION:	<input type="text"/>		
TELEFONO:	<input type="text"/>	<hr/> <p style="text-align: center;">FIRMA</p>	
FAX:	<input type="text"/>		

NOMBRE:	<input type="text"/>		
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	C.I./L.E./L.C./D.N.I.:	<input type="text"/>
DOMICILIO:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>
CARGO:	<input type="text"/>	DURACION:	<input type="text"/>
ACTOS DE DESIGNACION:	<input type="text"/>		
TELEFONO:	<input type="text"/>	<hr/> <p style="text-align: center;">FIRMA</p>	
FAX:	<input type="text"/>		