

COMUNICADO DE BAJA**1. DATOS DEL TITULAR**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|
| | | | |

| Cédula de Identidad | Fecha de Nacimiento | Mutualista | Sexo | |
|---------------------|---------------------|------------|------|---|
| | | | M | F |

| Domicilio | N° | Apto. | Teléfono |
|-----------|----|-------|----------|
| | | | |

| Código Postal | Localidad | Departamento |
|---------------|-----------|--------------|
| | | |

| Fecha de Baja | Causal | Seguro de Paro | |
|---------------|--------|----------------|----|
| | | SI | NO |

**2. DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre o Razón Social | N° B.P.S. |
|-----------------------|-----------|
| | |

| Firma por la Empresa | Aclaración de firma | Fecha | | |
|----------------------|---------------------|-------|--|--|
| | | | | |