

### Solicitud de registro Movimiento de Personal

|                    |  |
|--------------------|--|
| Fecha de Solicitud |  |
| Sucursal           |  |

#### Datos del Solicitante

|                 |  |
|-----------------|--|
| Nombre          |  |
| Rut Solicitante |  |

#### Datos del Empleador

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre o Razón Social |  |
| Rut Empleador         |  |

#### Datos del Trabajador

|                 |  |
|-----------------|--|
| Nombre Afiliado |  |
| Rut Afiliado    |  |

Mediante la presente se informa para su registro, el siguiente movimiento de personal.

|  | Fecha Inicio<br>dd/mm/aaaa | Fecha Término<br>dd/mm/aaaa |
|--|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Iniciación de servicios             | <input type="text"/>       |                             |
| <input type="checkbox"/> Cesación de servicios               |                            | <input type="text"/>        |
| <input type="checkbox"/> Subsidio por Incapacidad Laboral    | <input type="text"/>       | <input type="text"/>        |
| <input type="checkbox"/> Permiso sin goce de remuneración    | <input type="text"/>       | <input type="text"/>        |
| <input type="checkbox"/> Inicio- Terminó de servicio a plazo | <input type="text"/>       | <input type="text"/>        |
| <input type="checkbox"/> Otros permisos                      | <input type="text"/>       | <input type="text"/>        |
| <input type="checkbox"/> Reliquidación, Premio o Bono        |                            | <input type="text"/>        |

Instrucción llenado: Marcar con X y registrar fechas requeridas

Documentación Adjunta:

|    |
|----|
| 1) |
|----|

Instrucción: Detallar toda la documentación que se adjunta.

Firma solicitante

Nombre Responsable AFP y Timbre

A.F.P. HABITAT  
Servicio de información a Clientes

Original: AFP HABITAT S.A.

Copia : Solicitante