

# Formulario de Cambio de Datos del Empleado



## Información General

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| Nombre de empleado: | NSS:            |
| Nombre del cliente: | Fecha efectiva: |

## SECCIÓN 1: Cambio de nombre, dirección o número de teléfono

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Información anterior:               | Nueva información:                  |
| Nombre:                             | Nombre:                             |
| Habla a:                            | Habla a:                            |
| Dirección / Estado / Código postal: | Dirección / Estado / Código postal: |
| Número de teléfono:                 | Número de teléfono:                 |

## SECCIÓN 2: Cambio de la tasa de pago, tipo de pago o departamento

| Información anterior:                     |              | Información anterior:                     |              |
|-------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------|
| Tiempo completo                           | Medio tiempo | Tiempo completo                           | Medio tiempo |
| Tasa de pago:                             |              | Tasa de pago:                             |              |
| Tipo de pago:                             |              | Tipo de pago:                             |              |
| Departamento:                             |              | Departamento:                             |              |
| Código de compensación para trabajadores: |              | Código de compensación para trabajadores: |              |

## SECCIÓN 3: Notificación de rescisión

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Plazo Fecha de vigencia: | Plazo Fecha de vigencia: |
| Motivo de la rescisión:  |                          |

## Presentado por

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| Nombre en letra de imprenta: |        |
| Firma:                       | Fecha: |

## Procesado por

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| Nombre en letra de imprenta: |        |
| Firma:                       | Fecha: |

Envíe el formulario completo por fax o correo electrónico a 480.993.2653 o [Payroll@Vensure.com](mailto:Payroll@Vensure.com)