



Seguro Social Universitario
AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR

Form. 6

EMISION

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Apellido Paterno				Apellido Materno		Nombre Trabajador		Numero Asegurado	
Salario al Retiro			Fecha de Baja en el Trabajo			Motivo de Baja			
			Dia	Mes	Año				
Nombre o Razón Social							Número del Empleador		
..... Firma y sello del Empleador							SELLO Y FECHA DE RECEPCION DEL S.S.U.		