









| | |
|--|---|
|  FORMULARIO DE APORTES CIUDADANOS | |
| Nombres y apellidos: _____ | |
| C.I.: _____ | Teléfono convencional: _____ |
| E-mail: _____ | Teléfono celular: _____ |
| Tipo de afiliación: _____ | |
| TIPO DE APORTE | DETALLE DEL APORTE |
| Pregunta <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> |
| Solicitud <input type="checkbox"/> | |
| Sugerencia <input type="checkbox"/> | |
| Felicitación <input type="checkbox"/> | |
| www.iess.gob.ec Síguenos en  | |

| | |
|--|---|
|  FORMULARIO DE APORTES CIUDADANOS | |
| Nombres y apellidos: _____ | |
| C.I.: _____ | Teléfono convencional: _____ |
| E-mail: _____ | Teléfono celular: _____ |
| Tipo de afiliación: _____ | |
| TIPO DE APORTE | DETALLE DEL APORTE |
| Pregunta <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> |
| Solicitud <input type="checkbox"/> | |
| Sugerencia <input type="checkbox"/> | |
| Felicitación <input type="checkbox"/> | |
| www.iess.gob.ec Síguenos en  | |

| | |
|--|---|
|  FORMULARIO DE APORTES CIUDADANOS | |
| Nombres y apellidos: _____ | |
| C.I.: _____ | Teléfono convencional: _____ |
| E-mail: _____ | Teléfono celular: _____ |
| Tipo de afiliación: _____ | |
| TIPO DE APORTE | DETALLE DEL APORTE |
| Pregunta <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> |
| Solicitud <input type="checkbox"/> | |
| Sugerencia <input type="checkbox"/> | |
| Felicitación <input type="checkbox"/> | |
| www.iess.gob.ec Síguenos en  | |

| | |
|--|---|
|  FORMULARIO DE APORTES CIUDADANOS | |
| Nombres y apellidos: _____ | |
| C.I.: _____ | Teléfono convencional: _____ |
| E-mail: _____ | Teléfono celular: _____ |
| Tipo de afiliación: _____ | |
| TIPO DE APORTE | DETALLE DEL APORTE |
| Pregunta <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> |
| Solicitud <input type="checkbox"/> | |
| Sugerencia <input type="checkbox"/> | |
| Felicitación <input type="checkbox"/> | |
| www.iess.gob.ec Síguenos en  | |

