





 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 