



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS INDEPENDIENTES

Cobertura FAMILIAR

1. NÚMERO DE AFILIACIÓN

2. NOMBRES DEL SOLICITANTE SEGÚN DUI

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE (Si éste lo refleja el DUI)

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE

4. ESTADO FAMILIAR

5. GÉNERO

6. FECHA DE NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO

DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
--------------	----------------------

8. CORREO

9. INGRESO MENSUAL

\$	<input type="text"/>
----	----------------------

10. NACIONALIDAD DE TRABAJADOR

MUNICIPIO

11. RÉGIMEN

12. OCUPACIÓN O ACTIVIDAD QUE REALIZA

13. DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE RESIDENCIA

DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
--------------	----------------------

14. TELÉFONO CELULAR

15. TEL. DE CASA

MUNICIPIO

16. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

18. DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA SU POSIBLE INSCRIPCIÓN (HIJOS, CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) DE VIDA)

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO		
		Femenino Masculino		DÍA	MES	AÑO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro bajo juramento, que la información proporcionada es veraz y auténtica, asimismo autorizo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, para que compruebe la información proporcionada, a través de los accesos a las bases de datos relacionadas a mi persona desde las diferentes Instituciones del Estado.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL COLABORADOR QUE INSCRIBE

PARA USO EXCLUSIVO DEL ISSS

17. USUARIO OVISSS PARA PRESENTAR PLANILLAS

CATEGORÍA

ACTIVIDAD ECONÓMICA

18. TIPO DE DOCUMENTO PRESENTADO

DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI)

PASAPORTE

NIT

COLABORADOR

TIPO DE OPERACIÓN

FECHA DE INSCRIPCIÓN

FECHA DE SOLICITUD