



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS

SOLICITUD DE AFILIACION COMO ASEGURADO

Cédula No.:

SS No. :

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Apellido de Casada

Sexo:

☐

M

☐

F

Salario B/. _____

☐

S

☐

M

Estado Civil: _____

Dirección donde Reside: _____

Lugar de Nacimiento: _____

País

Provincia

Distrito

Fecha Nacimiento: _____

Día

Mes

Año

Nombre y Apellidos del Padre: _____

Nombre y Apellidos de la Madre: _____

Nombre del Cónyuge o compañero (a) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de la Unión: _____

Nombre del Empleador: _____

No. Empleador: _____

Dirección de la Empresa: _____

Teléfono No.: _____

Fecha de Ingreso al Trabajo: _____

Cargo que Desempeña: _____

Firma del Empleador

Firma del Empleado

Fecha de Afiliación: _____

Para Uso Interno de la CSS

EL ASEGURADO PRESENTO:

C.I.P.

☐

Cert. de Nac.

☐

Pasaporte

☐

VERIFICADO POR: _____

Nombre

Firma

Fecha: _____