



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: Fecha Nacimiento:
País Provincia Distrito 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: