



# INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

## AVISO DE INSCRIPCIÓN DE PATRONO

1. No. Patronal

2. Nombre del Patrono, Razón Social ó Denominación (si se trata de persona jurídica):

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres                      Apellido del Esposo

3. Dirección del Patrono (Particular u Oficina):

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Departamento                      Municipio                      Colonia                      Calle                      Número de Casa

4. Documento de Identidad Personal

DUI No. \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Carné de Residente No. \_\_\_\_\_ Pasaporte No. \_\_\_\_\_

5. Nombre Comercial del Centro de Trabajo

6. Dirección del Centro de Trabajo

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Departamento                      Municipio                      Colonia                      Calle                      Número de Casa

7. Actividad Principal de la Empresa

8. Cantidad de Trabajadores

9. Monto Estimado de Salario

10. Fecha Sujeción al Régimen

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Día                      Mes                      Año

11. Lugar y Fecha de Solicitud

12. Firma y Sello del Patrono

Departamento                      Municipio                      Día                      Mes                      Año

PARA USO EXCLUSIVO DEL ISSS

Fecha de Inscripción

Cod. Sector Empresa

Cod. Dirección Patrono

Cod. Direc. Ctro. de Trab.

Cod. Actividad Económica

Cod. Centro de Atención

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Día                      Mes                      Año

C. SAFISS 130101015

**13. Sociedad de Derecho**

Inscrita con Fecha: \_\_\_\_\_ Bajo el No.: \_\_\_\_\_ del Libro: \_\_\_\_\_ de Fs. \_\_\_\_\_ a Fs. \_\_\_\_\_

**14. Persona Jurídica**

Nombre de los Socios	Firma	Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad

**15. Datos de Representante Legal**

Nº de Documento de Identidad \_\_\_\_\_ Nº de NIT \_\_\_\_\_ Nombramiento: Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Lugar y fecha de Nacimiento**

Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**16. Dirección del Representante Legal**

Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Número de Casa \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DEL ISSS**

Observaciones: \_\_\_\_\_

Documentos anexos \_\_\_\_\_

**PARA USO DEPARTAMENTO DE INSPECCIÓN**

Empleado Responsable \_\_\_\_\_ Vo. Bo. del Supervisor \_\_\_\_\_

Revisión	Localización	Codificación	Digitación	Control de Calidad
----------	--------------	--------------	------------	--------------------