



SOLICITUD DE AFILIACION A LOS DEPARTAMENTOS DE AFILIACION

Rogamos a Ud. Informarnos si el señor (a):

EL SEÑOR: Matricula:

BENEFICIARIO: Matricula:

BENEFICIARIO: Matricula:

Es afiliado a su seguro.

SEGURO SOCIAL	DATOS		FIRMA Y SELLO	VERIFICACIÓN
	SI	NO		
CAJA NACIONAL DE SALUD				
CAJA PETROLERA DE SALUD				
CAJA DE CAMINOS				
CAJA CORDES				
COSSMIL				
CAJA DE LA BANCA PRIVADA				
SUSS				

Agradecemos su valiosa cooperación, ofreciendo recíprocamente nuestra colaboración.

Trinidad...../...../20.....

.....
Encargado de Afiliación