



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DE TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE AFILIACIÓN Y PRESTACIONES EN DINERO

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ANTE EL IVSS

CONTINUACIÓN FACULTATIVA ☐TRABAJADOR NO DEPENDIENTE ☐

DATOS DEL SOLICITANTE																	
1er. APELLIDO				2do. APELLIDO				1er. NOMBRE				2do. NOMBRE					
CÉDULA DE IDENTIDAD N°						FECHA DE NACIMIENTO						N° DE RIF					
V		E						DÍA		MES		AÑO					
DIRECCIÓN EXACTA DE DOMICILIO																	
TELÉFONO DE HABITACIÓN				TELÉFONO MÓVIL				CORREO ELECTRÓNICO									
CÓDIGO DE ÁREA																	
SEXO		ZURDO		OCUPACIÓN U OFICIO						SALARIO MENSUAL				SALARIO SEMANAL (*)			
F		M		SI		NO											
SEÑALE EL RIESGO A AFILIAR ☐ RIESGO MÍNIMO ☒ RIESGO MEDIO ☐ RIESGO MÁXIMO ☐																	

NOTA: LLÉNESE POR DUPLICADO, CON LETRAS DE MOLDE LEGIBLES

(*) ESPACIO PARA SER UTILIZADO POR EL SERVIDOR PÚBLICO DEL IVSS

Bajo fe de juramento, declaro que los datos y la información que antecede es cierta en todas sus partes; y en tal sentido, autorizo que los mismos sean investigados, y si en el curso de la investigación se constatare alguna irregularidad, acarrearé la anulación de dicho proceso, y en consecuencia la aplicación de las disposiciones legales correspondientes.

LUGAR				FECHA		FIRMA DEL SOLICITANTE			

PARA USO DEL IVSS											
NÚMERO PATRONAL								OFICINA ADMINISTRATIVA			
RESPONSABLES POR LA OFICINA ADMINISTRATIVA											
SERVIDOR PÚBLICO				COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE AFILIACIÓN				JEFE DE OFICINA ADMINISTRATIVA			
NOMBRE Y APELLIDO				NOMBRE Y APELLIDO				NOMBRE Y APELLIDO			
FIRMA				FIRMA				SELLO			
SALARIO SEMANAL A COTIZAR				FECHA DE INSCRIPCIÓN							
								FIRMA			

Este formulario está autorizado por el IVSS y válido únicamente para ser consignado en las Oficinas Administrativas

EL FORMULARIO Y SU TRAMITACIÓN SON COMPLETAMENTE GRATUITOS

www.ivss.gob.ve