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

Forma: 14-52

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN DE DATOS

DATOS DEL EMPLEADOR	
NÚMERO PATRONAL	**NOMBRE DEL EMPLEADOR O RAZÓN SOCIAL**

DIRECCIÓN	TELÉFONO

DATOS DEL ASEGURADO		
APELLIDOS	**NOMBRES**	**NÚMERO DE ASEGURADO**

DIRECCIÓN	TELÉFONO

SALARIO		FECHA DE INGRESO			CONDICIÓN DEL TRABAJADOR		FECHA DE RETIRO		
SEMANAL	MENSUAL	DÍA	MES	AÑO	ACTIVO	RETIRADO	DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO, QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO, SON COMPLETAMENTE CIERTOS

LUGAR	FECHA (DÍA / MES / AÑO)	FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO, DEBE SER LLENADO **ÚNICAMENTE** POR EL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA Y ENTREGADO AL ASEGURADO PARA QUE LO CONSIGNE EN LA UNIDAD DE PRESTACIONES DEL CENTRO ASISTENCIAL CORRESPONDIENTE, EN EL MOMENTO DE EFECTUAR SU PRIMER COBRO.