



Seguro Social Universitario
AVISO DE AFILIACION O REAFILIACION DEL TRABAJADOR

Form. 5

EMISION

Día Mes Año

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre del Trabajador		Matricula Asegurado			
Fecha de Nacimiento		CI	Sexo	Domicilio del Trabajador					
Día	Mes	Año			Zona	Calle	Nro.	Nro. Celular	Teléfono
Salario Cotizable Mensual		Cargo				Fecha Ingreso al Trabajo			
						Mes	Día	Año	
Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución				Numero Empleador		Medio Tiempo		Tiempo Completo	

ALTAS Y BAJAS DE BENEFICIARIOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Parentesco	F. Nac.	Alta	Baja (motivo)

SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA	FIRMA DEL TRABAJADOR	SELLO Y FIRMA DE RECEPCION SSU
-----------------------------	----------------------	--------------------------------