



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SUBGERENCIA DE RECURSOS HUMANOS  
DEPTO. DE COMPENSACIONES Y BENEFICIOS - ÁREA DE NÓMINAS  
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE TRABAJO



DATOS GENERALES

Fecha de solicitud.....	<input type="text"/>	Número de afiliación (completo)....	<input type="text"/>
		<small>(Incluir dígito después del guión)</small>	
Número de empleado.....:	<input type="text"/>	Fecha de ingreso a la Institución.....:	<input type="text"/>
Nombre Completo.....	<input type="text"/>		
Documento personal de identificación - DPI.....	<input type="text"/>		
Dirección actual de residencia (donde vive).....	<input type="text"/>		
Unidad Médica a la que asistirá.....	<input type="text"/>		
Fecha de asistencia.....	<input type="text"/>		
Dependencia donde labora (incluir Unidad).....	<input type="text"/>		
Dirección actual donde trabaja.....:	<input type="text"/>		

ESPECIFICAR CON UNA "X" EL RIESGO POR EL CUAL SOLICITA EL CERTIFICADO

Enfermedad.....	<input type="checkbox"/>	Maternidad.....	<input type="checkbox"/>	Accidente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
						<small>(Fecha del accidente)</small>

MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE BENEFICIARIO PARA QUIEN SOLICITA CERTIFICADO

Esposa... <input type="checkbox"/>	Hijo (a)... <input type="checkbox"/>	Afiliado (a)... <input type="checkbox"/>
Nombre completo del beneficiario.....: <input type="text"/>		

