



**SISALRIL**  
Superintendencia de Salud  
y Riesgos Laborales

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COMUN

Primera solicitud		Renovación
<b>DATOS DE LA TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)</b>		
Número de cédula: <b>40231102126</b>	NSS: <b>169921492</b>	Sexo/edad: <b>F</b>
Nombres y Apellidos: <b>YESSICA MARIA MARTINEZ FAMILIA</b>		
Teléfono de contacto: <b>8293363444</b>	Provincia residencia:	Sector:
Ocupación:	Tiempo laborando en la Empresa:	
<b>DATOS DEL EMPLEADOR</b>		
Número de la Empresa:	RNC: <b>424002037</b>	Registro Patronal: <b>476120</b>
Tipo de Empresa: <b>Empresa Pública</b>	Teléfono: <b>8092270714</b>	
Dirección de la Empresa: <b>Distrito Nacional</b>		
Sucursal (si aplica):		
Correo Electrónico:	Persona de Contacto:	Teléfono:
<b>DATOS MÉDICOS QUE DAN ORIGEN A LA DISCAPACIDAD LABORAL</b>		
Tipo:		
Enfermedad común:	Discapacidad por embarazo:	Accidente no laboral:
Diagnóstico que origina la discapacidad:		
Modalidad de la Licencia (marque ambas modalidades si aplican ambas)	Ambulatoria:	Hospitalaria:
Fecha de Inicio de licencia o renovación ambulatoria (dd/mm/aa):	Días calendarios ambulatorios:	
Fecha de Inicio de licencia o renovación hospitalaria (dd/mm/aa):	Días calendarios hospitalarios:	
<div><div>Firma del afiliado</div><div>Firma y sello de la Empresa</div></div> <p><b>Al presentar esta solicitud debidamente completada, firmada y sellada, tanto el empleador como el trabajador (a), declaran, bajo la fe del juramento, que las informaciones suministradas son veraces y que se ha dado fiel cumplimiento a los requisitos establecidos por la ley 87-01, Reglamentos y Resoluciones vigentes, para la entrega de los subsidios del Regimen contributivo del Seguro Familiar de Saludos (SFS).</b></p>		