



**SISALRIL**  
Superintendencia de Salud  
y Riesgos Laborales

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD

### DATOS DE LA TRABAJADORA AFILIADA

Número de cédula:

**00116417387**

NSS:

**6710572**

Sexo:

**F**

Nombres y Apellidos:

**LUZ MARIEL PEREZ DURAN**

Ocupación:

Tiempo laborando en la Empresa:

### DATOS DEL EMPLEADOR

Número de la Empresa:

RNC:

Registro Patronal:

**476456**

Tipo de Empresa:

Teléfono:

Dirección de la Empresa:

Correo Electrónico:

Persona de Contacto:

Teléfono:

### DETALLE DE LA LICENCIA

Fecha de la Licencia:

Tipo de Licencia:

Cantidad de Lactantes:

### DETALLE DE LACTANTES

**Nombres y Apellidos**

**Sexo**

**NUI**

Firma de la afiliada

Firma y sello del empleador

**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).**