



SISALRIL
Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COMUN

Primera solicitud: **--X--**

Renovación:

DATOS DE LA TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

Número de cédula:

40221025725

NSS:

60871282

Sexo/edad:

M

Nombres y Apellidos:

MONTERO TERRERO

Teléfono de contacto:

8299407928

Provincia residencia:

Distrito Nacional

Sector:

**ALTOS DE ARROYO HONDO,
Distrito Nacional**

Ocupación:

/

Tiempo laborando en la Empresa:

10

DATOS DEL EMPLEADOR

RNC:

424002037

Registro Patronal:

476120

Tipo de Empresa:

Empresa Pública

Teléfono:

8092270714

Dirección de la Empresa:

Distrito Nacional

Sucursal (si aplica):

Correo Electrónico:

gabriel9107@gmail.com

Persona de Contacto:

ninguno

Teléfono:

DATOS MÉDICOS QUE DAN ORIGEN A LA DISCAPACIDAD LABORAL

Tipo:

Enfermedad común:

X

Discapacidad por embarazo:

Accidente no laboral:

Diagnóstico que origina la discapacidad:

Modalidad de la Licencia (marque
ambas modalidades si aplican ambas)

Ambulatoria:

Si

Hospitalaria:

Fecha de Inicio de licencia o renovación ambulatoria :

19/06/2023

Días calendarios ambulatorios:

10

Fecha de Inicio de licencia o renovación hospitalaria:

Días calendarios hospitalarios:

Firma del afiliado

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).