



**SISALRIL**  
Superintendencia de Salud  
y Riesgos Laborales

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD

### DATOS DE LA TRABAJADORA AFILIADA

Número de cédula: <b>40232923074</b>	NSS: <b>178282930</b>	Sexo: <b>F</b>
Nombres y Apellidos: <b>VIRNA LISSY ROMERO HERRERA</b>		
Ocupación:	Tiempo laborando en la Empresa:	

### DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: <b>SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES</b>	RNC: <b>424002037</b>	Registro Patronal: <b>476120</b>
Tipo de Empresa: <b>SISALRIL</b>	Teléfono: <b>8092270714</b>	
Dirección de la Empresa:		
Correo Electrónico:	Persona de Contacto:	Teléfono: <b>8092270714</b>

### DETALLE DE LA LICENCIA

Fecha de la Licencia:	Tipo de Licencia:
Fecha de diagnóstico: <b>16/5/2023.</b>	Cantidad de Lactantes:

### DETALLE DE LACTANTES

Nombres y Apellidos	Sexo	NUI

Firma de la afiliada

Firma y sello del Médico

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).