



REGISTRO PATRONAL DE ASEGURADOS

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR	Nº DE R.I.F.	DOMICILIO FISCAL DE LA EMPRESA U ORGANISMO PÚBLICO	Nº PATRONAL
---	--------------	--	-------------

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LAS FECHAS					
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

FECHA DE INSCRIPCIÓN			RÉGIMEN	RIESGO
DÍA	MES	AÑO		

APELLIDOS Y NOMBRES	NACIONALIDAD		CÉDULA DE IDENTIDAD Nº	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	Nº DE REGISTRO EN EL IVSS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			SALARIO O SUELDO			COTIZACIÓN SEMANAL DEL TRABAJADOR (IVSS)	APORTE SEMANAL DEL EMPLEADOR (IVSS)	TOTALES APORTES AL IVSS	COTIZACIÓN SEMANAL DEL TRABAJADOR POR R. P. E.	APORTE SEMANAL DEL EMPLEADOR POR R. P. E.	TOTALES APORTES POR R. P. E.	OCUPACIÓN U OFICIO	OTRO
	V	E		DÍA	MES	AÑO	F	M			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL								

OBSERVACIONES: R.P.E.= RÉGIMEN PRESTACIONAL DE EMPLEO	LUGAR			NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL		
	FECHA			CÉDULA DE IDENTIDAD Nº		
	DÍA	MES	AÑO			

FIRMA Y SELLO

ESTE FORMULARIO ES DE USO OBLIGATORIO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 87 DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y VÁLIDO PARA SER PRESENTADO ANTE EL SERVIDOR PÚBLICO ACTUANTE AUTORIZADO POR EL IVSS CUANDO LO REQUIERA

EL FORMULARIO ES COMPLETAMENTE GRATUITO

www.ivss.gob.ve

