



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSIÓN PÚBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.



COD
MP-A-011

Versión
5.0

Aprobación
Enero 2024

Sección Aseguramiento

Manual de Proceso

**Afiliar y actualizar la
información de empleador,
trabajador y sus beneficiarios**

M P

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

F.  F.
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
ISSS
SUBDIRECTORA
ADMINISTRATIVA

Licda. Claudia M. Campos

Subdirectora Administrativa

F.  F.
UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
JEFE

Licda. Rosa Alba Quinteros

Jefatura Unidad de Desarrollo
Institucional

F.  F.
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECTORA
GENERAL
01

Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS





Contenido

- Portada
- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Desarrollo
- VII. Disposiciones generales
- VIII. Responsabilidades en el proceso
- IX. Registros y formularios utilizados en el proceso
- X. Personal que participó en la elaboración del documento
- XI. Registro de actualización de documento.
- XII. Anexos
- XIII. Registro de Adendas



I. Propósito

Proporcionar el método ordenado y sistemático para inscribir, actualizar y modificar la información de los empleadores, trabajadores, beneficiarios y pensionados.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Ley del Seguro Social
- Ley de Procedimientos Administrativos (LPA)
- Ley de Mejora Regulatoria (LMR)
- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022)
- Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social

III. Alcance

Es aplicable a todas las áreas de aseguramiento del ISSS que ejecutan los procedimientos operativos descritos en éste manual.

IV. Vigencia

El presente documento tiene un período de vigencia de cinco años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismos.



V. Definiciones

- * **Trabajador:** Todo individuo que presta sus servicios a una empresa, institución o persona natural obteniendo una remuneración o retribución a cambio de su fuerza de trabajo.
- * **Beneficiario:** Es la persona natural con parentesco, filiación o vínculo con un trabajador inscrito al Sistema del Seguro Social y que la Ley del Seguro Social concede derecho a recibir prestaciones económicas o de salud por parte del ISSS.
- * **Empleador:** Es toda empresa, institución o persona natural que contrata personal para la realización de una actividad productiva a cambio del pago de una remuneración o salario.
- * **Afiliación:** Es el procedimiento administrativo mediante el cual una persona natural o jurídica, es registrada en los diferentes regímenes (general y especiales) del Seguro Social.
- * **Centro de Adscripción:** Es el Centro de Atención en Salud ubicado dentro de la red de atención médica del Instituto, que ha sido asignado al cotizante de acuerdo al área geográfica de influencia donde éste reside o labora.
- * **MAFI:** Módulo de Afiliación.



VI. Desarrollo

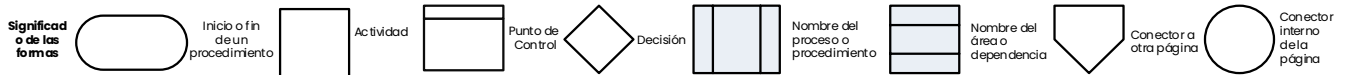
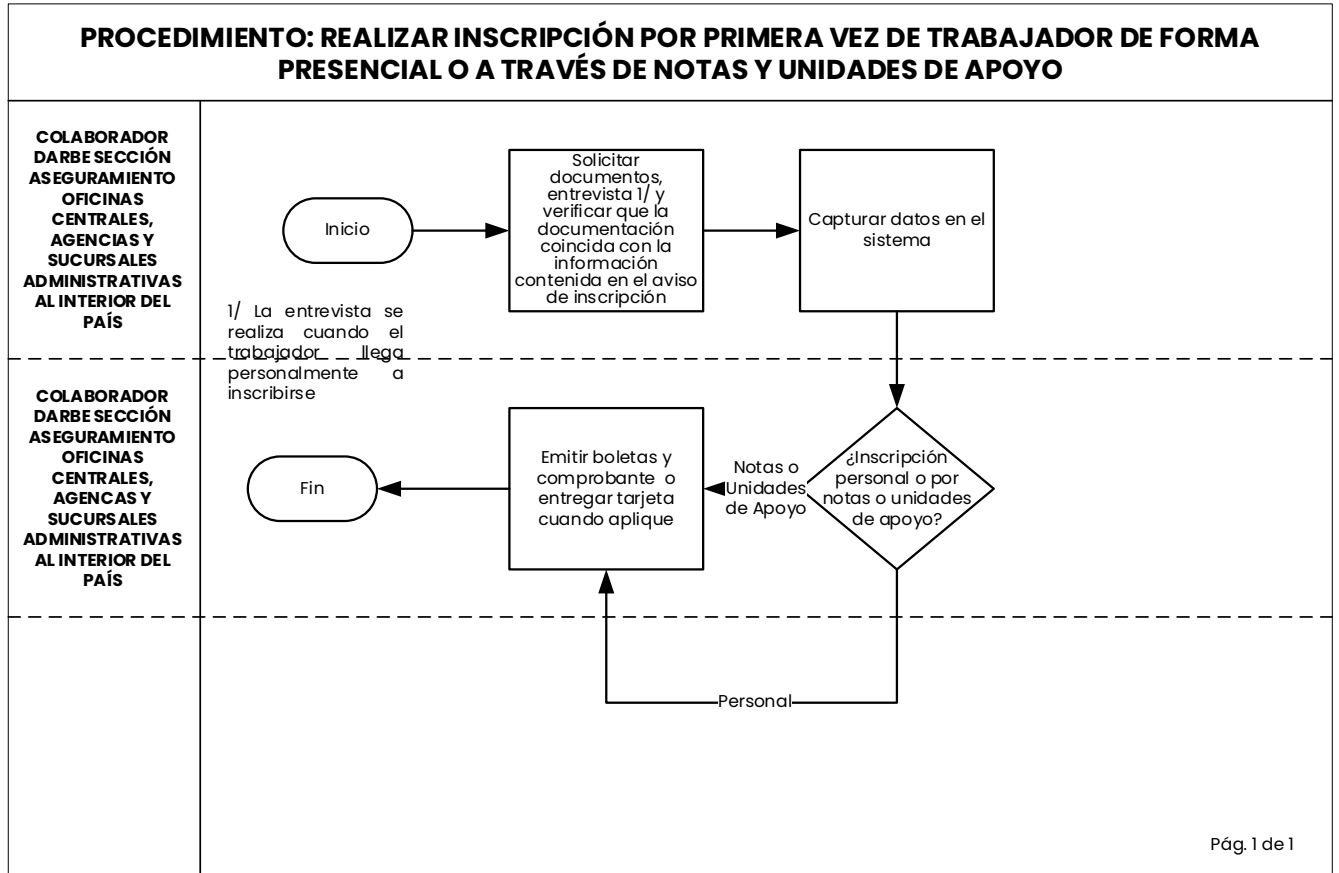
Este documento describe la parte operativa del proceso de aseguramiento, todas las descripciones que la parte de requisitos documentales están el documento "NORMATIVA PARA AFILIAR Y ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE EMPLEADOR, TRABAJADOR Y BENEFICIARIOS".

A. Inscripción por primera vez de trabajador de forma presencial o a través de notas y unidades de apoyo

1. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, entrevista al trabajador, verificando a través de los documentos que sea la misma información que refleja el aviso de inscripción.
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, captura datos en el sistema¹.
3. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, emite boleta y comprobante de inscripción al ISSS o tarjeta de afiliación (en el caso de extranjeros) y entrega a solicitante.

¹ MAFI: Módulo de Afiliación

• Diagrama del proceso





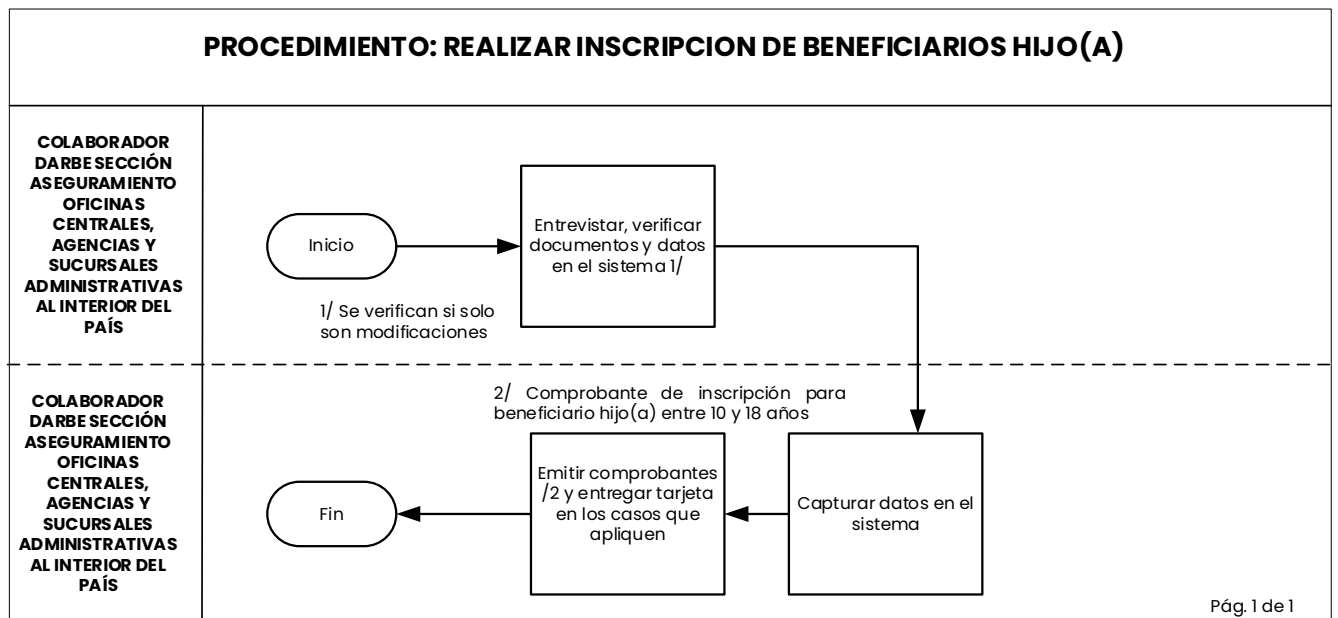
- **Disposiciones específicas**

1. Todo trabajador para poder inscribirse por primera vez ya sea personalmente, por nota o por unidades de apoyo, deberá completar el Aviso de Inscripción de Trabajador(a) C. SAFISSS 130200008 o Aviso de Inscripción de Trabajador(a) Doméstico(a) C. SAFISSS 130200010 y presentarlo en la sección aseguramiento de las oficinas centrales, agencias o sucursales administrativas del interior del país.
2. Cuando la solicitud de inscripción del trabajador se ejecute en el contexto de los eventos que se enuncian a continuación, el colaborador de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país debe solicitar la realización de una inspección al lugar de trabajo respectivo, a efecto de establecer fehacientemente la relación laboral, sin que ello suspenda la inscripción del trabajador:
 - ✓ Inscripciones de trabajadores previo a un accidente de trabajo.
 - ✓ Cuando el trabajador tenga parentesco y posible relación laboral con el empleador.
3. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, debe realizar el control de calidad de las inscripciones realizadas, verificando el contenido de los avisos de inscripción de trabajadores, conforme al sistema.

B. Inscripción de Beneficiarios Hijos(as)

1. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, entrevista al trabajador, verificando documentos y datos en el sistema.
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, emite la tarjeta de inscripción de beneficiario hijo(a) y la boleta de inscripción de beneficiario para ser firmada por el asegurado padre o madre solicitante de la inscripción.

- **Diagrama del proceso**





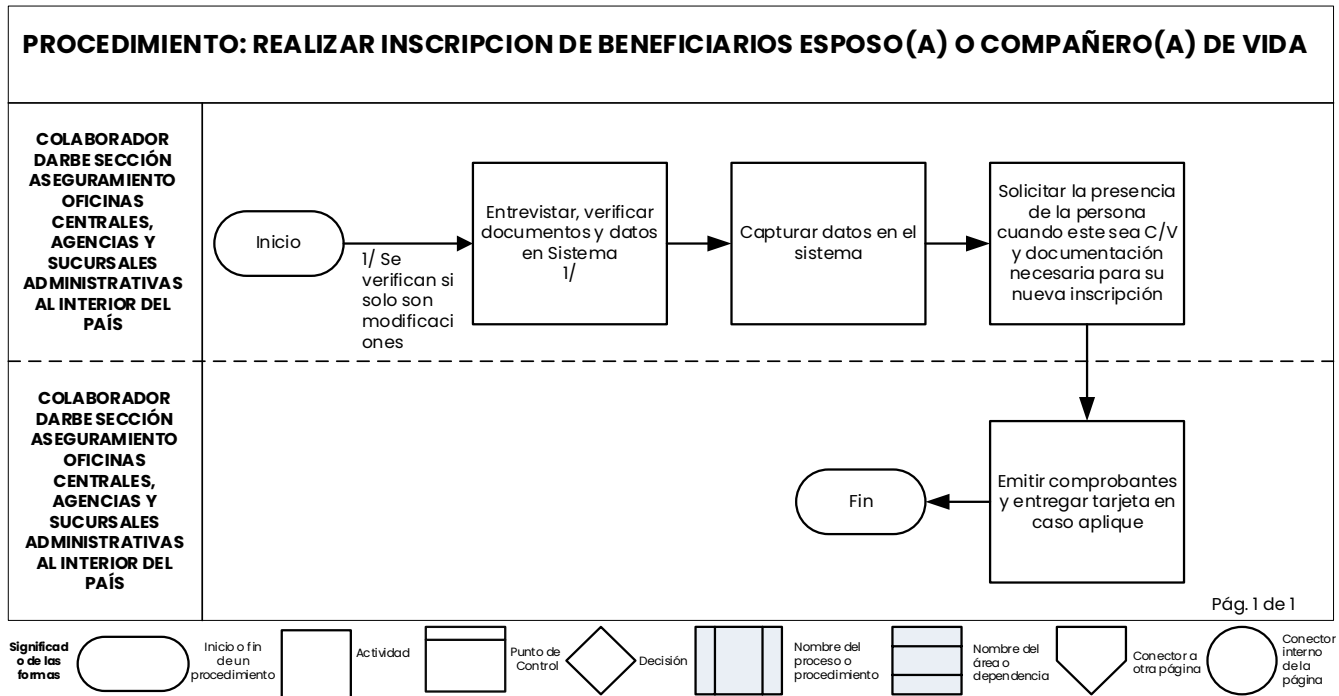
- **Disposiciones específicas**

1. Cuando la solicitud de inscripción sea presentada a través de Unidades de Apoyo (Centros de atención) debe revisar la solicitud de inscripción y/o baja de beneficiario CSAFISSS 130200055, con los documentos legales respectivos, firmando de responsable de la inscripción.
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, entregará el comprobante de inscripción de beneficiarios de registro al ISSS al encargado de recepción de documentos de la Unidad de Apoyo, a través de boletín, nota o memorando de remisión.

C. Inscripción de Beneficiarios Espos(a) y/o Compañero(o) de Vida

1. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, entrevista a usuario, verifica documentos y datos en el sistema.
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, verifica la documentación, la cual es capturada para ingresarla al sistema, emitiendo el comprobante de inscripción de registro al ISSS, la tarjeta de inscripción de beneficiario esposo(a) y/o compañero(a) de vida (cuando aplique) y la boleta de inscripción para ser firmada por el asegurado solicitante de la inscripción.

• Diagrama del proceso





- **Disposiciones específicas**

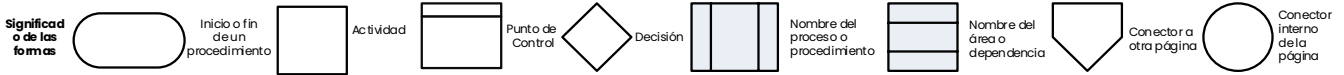
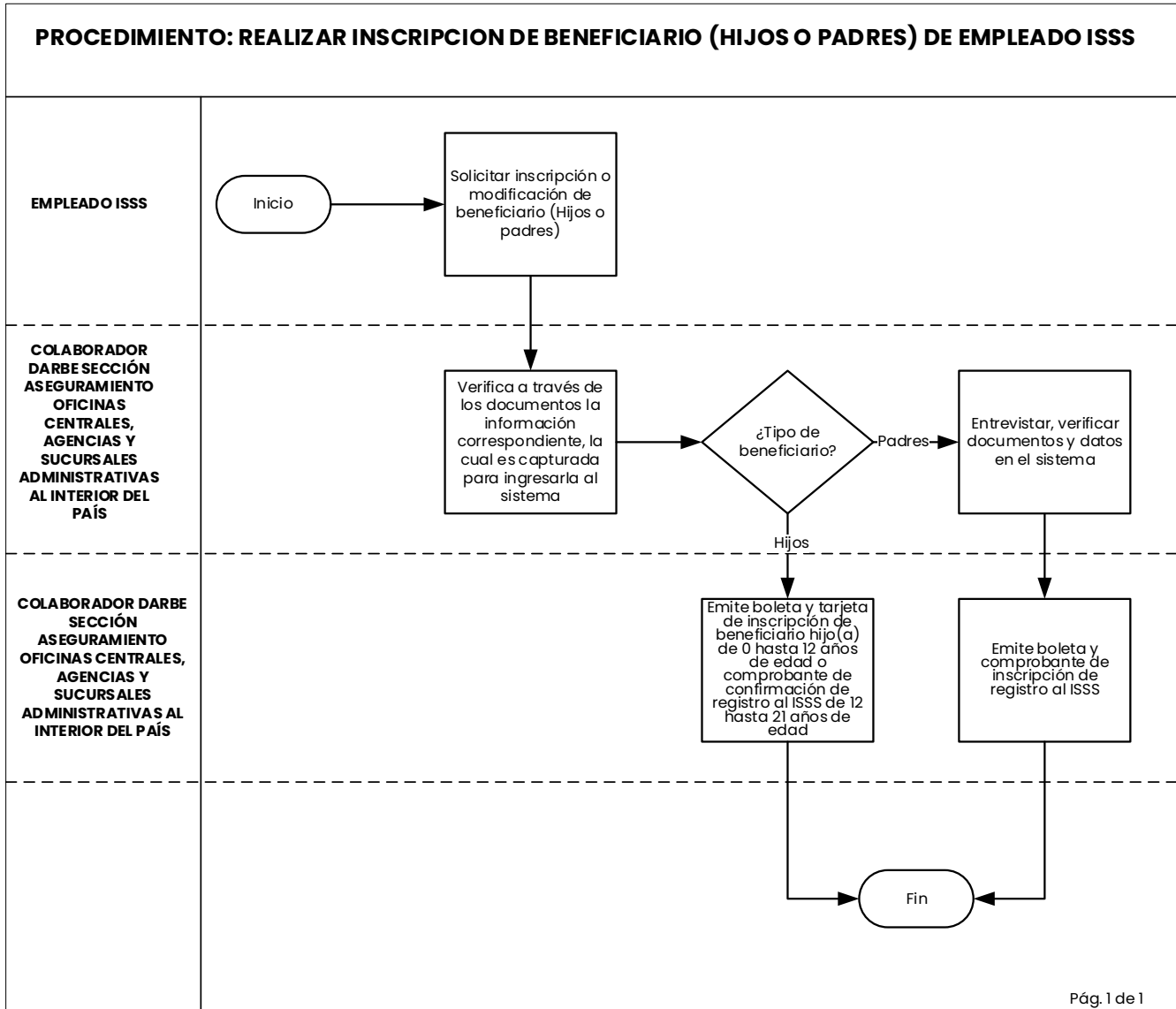
1. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, verificará que él o la afiliada(o) no tenga inscrito a otro beneficiario(a), cónyuge o compañero(a) de vida, previo a inscribir a otro beneficiario en la misma calidad.
2. En caso el nuevo inscrito sea beneficiario compañero(a) de vida de alguien más, éste deberá presentarse a las oficinas de aseguramiento centrales, agencias o sucursales administrativas al interior del país para que se le dé de baja.
3. En caso el nuevo inscrito haya sido beneficiario esposo(a) de alguien más, deberá presentar la partida de divorcio a las oficinas de aseguramiento centrales, agencias o sucursales administrativas al interior del país para que se le dé de baja.
4. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, recibirá los trámites de inscripción de beneficiario esposo(a) y/o compañero(a) de vida que se realicen a través de Unidades de Apoyo (Centros de atención).
5. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, revisará los formularios de inscripción con los documentos legales respectivos, firmando de responsable de la inscripción para luego hacer llegar los comprobantes de inscripción de registro al ISSS al encargado de recepción de documentos de la Unidad de Apoyo, a través de boletín, nota o memorando de remisión.



D. Inscripción de Beneficiario (Hijos o Padres) de Empleado ISSS

1. El empleado del ISSS solicita inscripción o modificación de beneficiario (Hijos o padres).
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, verifica a través de los documentos la información correspondiente, la cual es capturada para ingresarla al sistema.
3. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, emite la tarjeta de inscripción de beneficiario hijo(a) de 0 hasta 12 años de edad o comprobante de confirmación de registro al ISSS de 12 hasta 21 años de edad y la boleta de inscripción de beneficiario para ser firmada por el solicitante de la inscripción.
4. En los casos de beneficiarios padre o madre de empleado ISSS, el colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, emite comprobante de inscripción de registro al ISSS y la boleta de inscripción de beneficiario para ser firmada por el solicitante de la inscripción.

• Diagrama del proceso





- **Disposiciones específicas**

1. Los documentos legales para tramitar la inscripción de beneficiario hijo(a) de empleado ISSS son los siguientes:
 - Partida de nacimiento de hijo(a) en original (vigencia de un año, legible y en buen estado, sin enmendaduras o tachones)
 - Documento de identidad en original (del progenitor que lo inscribe)
 - Carnet de minoridad (Para adolescentes entre 12 y 18 años)
 - Documento de identidad en original del hijo en caso fuera mayor de edad (entre 18 y 21 años)
 - Última boleta de pago

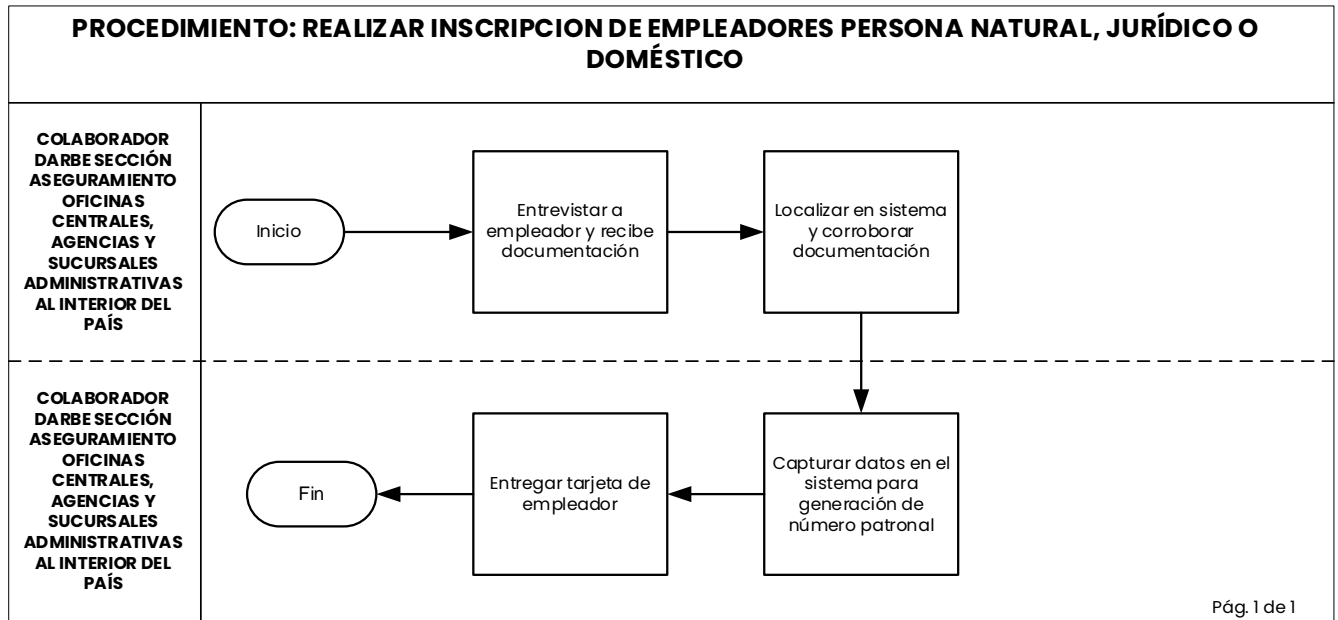
2. Los documentos legales para tramitar la inscripción y/o modificación de beneficiario padres de empleado ISSS son los siguientes:
 - Partida de nacimiento del empleado (documento con vigencia de un año, legible y en buen estado, sin enmendaduras o tachones)
 - DUI del padre o madre y del empleado. (si es extranjero, debe presentar pasaporte o carnet de Residencia)
 - Última boleta de pago
 - Si el beneficiario(a) es extranjero(a): Una fotografía, tamaño cédula de frente, a colores o blanco y negro, reciente de minuto o de tiempo.

3. En el caso los nombres de los padres no coinciden con el documento de identidad, el colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, deberá solicitar documento de identidad requerido para completar el trámite de inscripción.

E. Inscripción Empleadores Persona Natural, Jurídica o Doméstico(a)

1. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, entrevista a empleador y recibe la solicitud de inscripción aviso de inscripción de empleador(a) CSAFISSS. 130200007, aviso de inscripción de empleador(a) doméstico(a) CSAFISSS. 130200009, copias o autenticados de los documentos de identidad del empleador natural, representante legal y/o apoderados; así como los documentos legales según el tipo de empresa, dejando la copia de éstos como respaldo de la inscripción.
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, localiza información en el sistema y verifica información.
3. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, captura datos en el sistema para generar número patronal.
4. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, entrega tarjeta a empleador.

• Diagrama del proceso



Pág. 1 de 1





- **Disposiciones específicas**

1. El encargado de recepción de documentos para la inscripción de empleador, debe solicitar, recibir y revisar copia o autenticados los documentos de identidad del empleador natural, representante legal y/o apoderados; así como los documentos legales según el tipo de empresa, dejando la copia de éstos como respaldo de la Inscripción (“NORMATIVA PARA AFILIAR Y ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE EMPLEADOR, TRABAJADOR Y BENEFICIARIOS”). Para los casos que ameriten verificación, el colaborador determinará si es necesario practicar una inspección; en cuyo caso deberá proceder a la inscripción y simultáneamente remitir la solicitud para que el Departamento respectivo realice la inspección al empleador.
2. Cuando entre los distintos documentos que se presentan para inscripción exista diferencia en el nombre del Representante Legal o Apoderado del empleador, no se suspenderá el trámite² de inscripción pero el nombre del representante se registrará según conste en la Credencial de Nombramiento para el caso de los representantes legales, y de conformidad como lo establezco el Poder Notarial para el caso de los Apoderados.
3. Para los casos que ameriten verificación, el colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, realizará la inscripción y determinará si es necesario practicar una inspección.

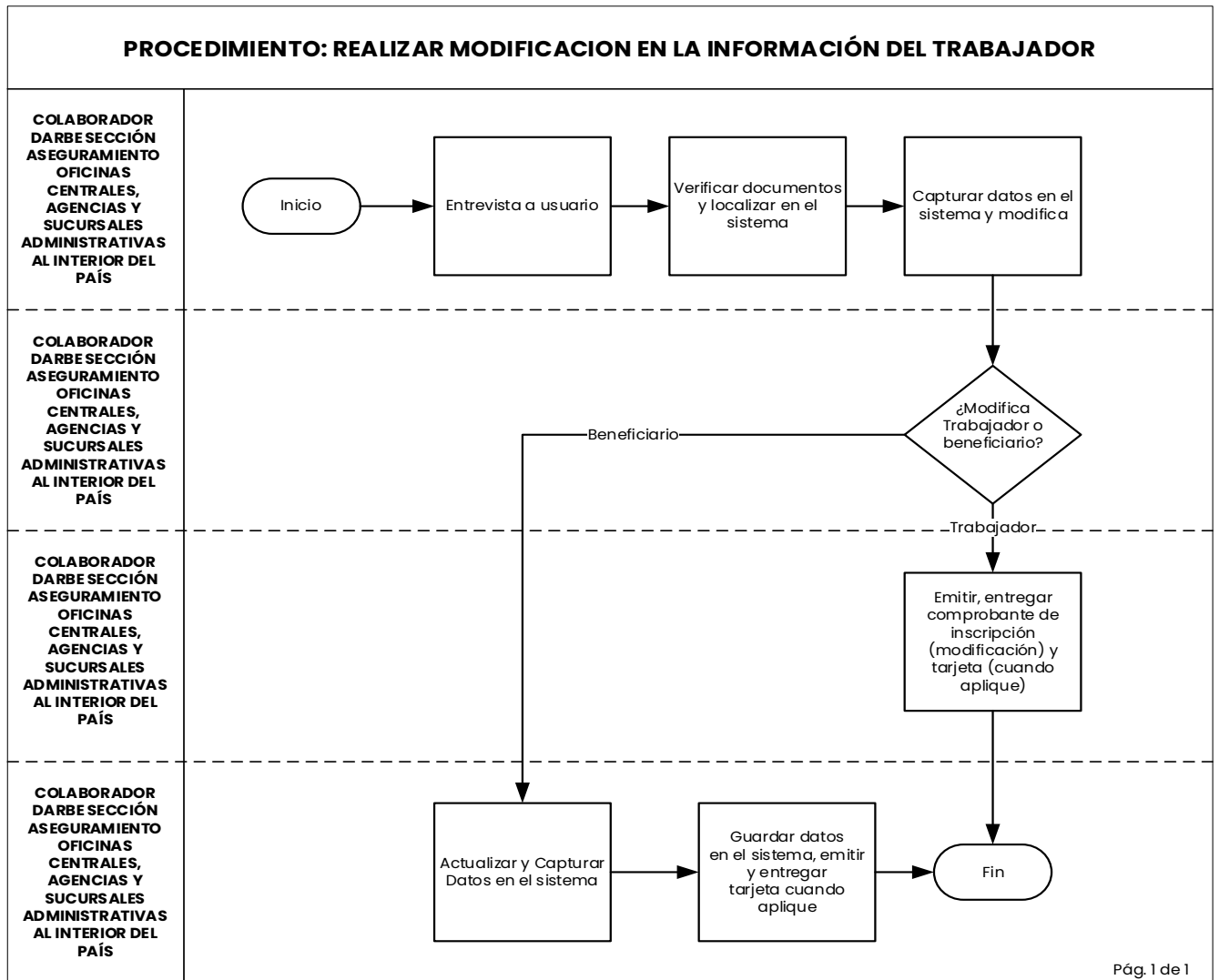
² Art. 67 inciso 4 LPA

La falta o insuficiente acreditación de la representación, no impedirá que se tenga por realizado el acto de que se trate, siempre que se aporte aquella o se subsane el defecto dentro del plazo de diez días que deberá conceder al efecto el órgano administrativo, o de un plazo superior, cuando las circunstancias del caso así lo requieran.

F. Modificación de la Información del Trabajador

1. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, recibe documentación de solicitante para modificación de la información del trabajador.
2. El colaborador DARBE verifica documentos y localiza en el sistema. Posteriormente procede a realizar la modificación respectiva y emite boleta, comprobante de inscripción de registro al ISSS y tarjeta de afiliación (cuando aplique).

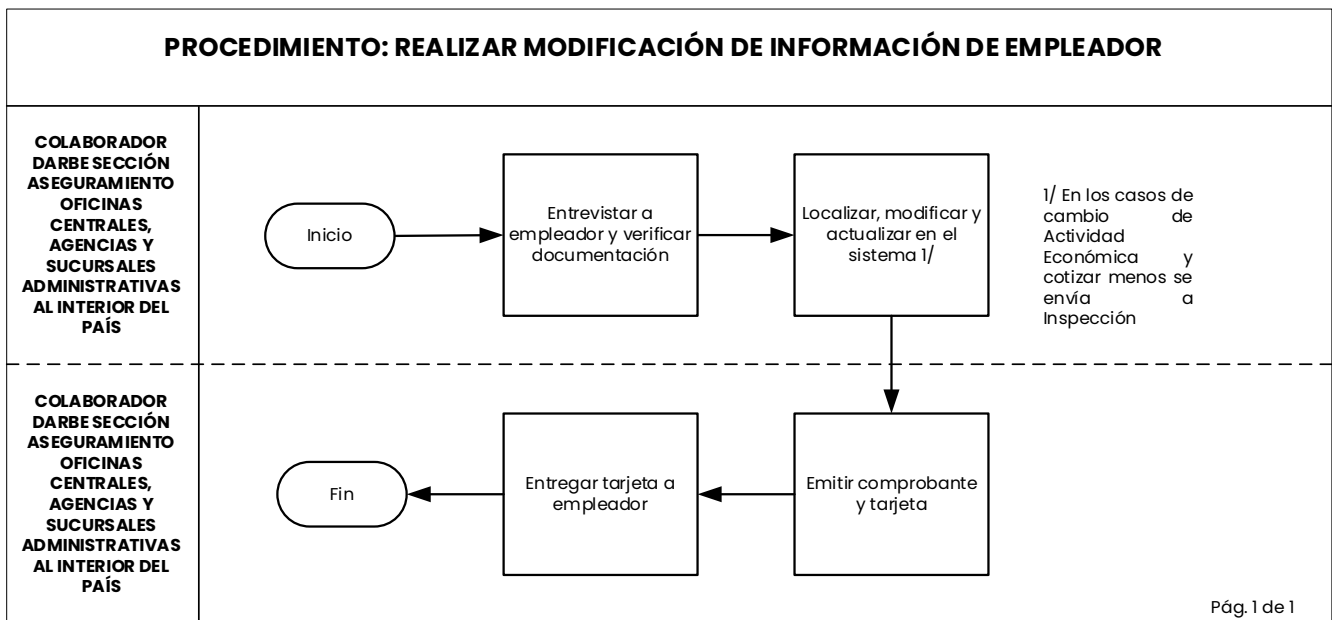
• Diagrama del proceso



G. Modificación de Información de Empleador

1. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, recibe y revisa los documentos de identidad del empleador natural, representante legal y/o apoderados o sector doméstico; así como los documentos legales según el tipo de empresa, dejando la copia de éstos como respaldo de la modificación.
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, emite comprobante de inscripción de registro al ISSS y tarjeta de empleador y la entrega al solicitante.

- Diagrama del proceso



Pág. 1 de 1

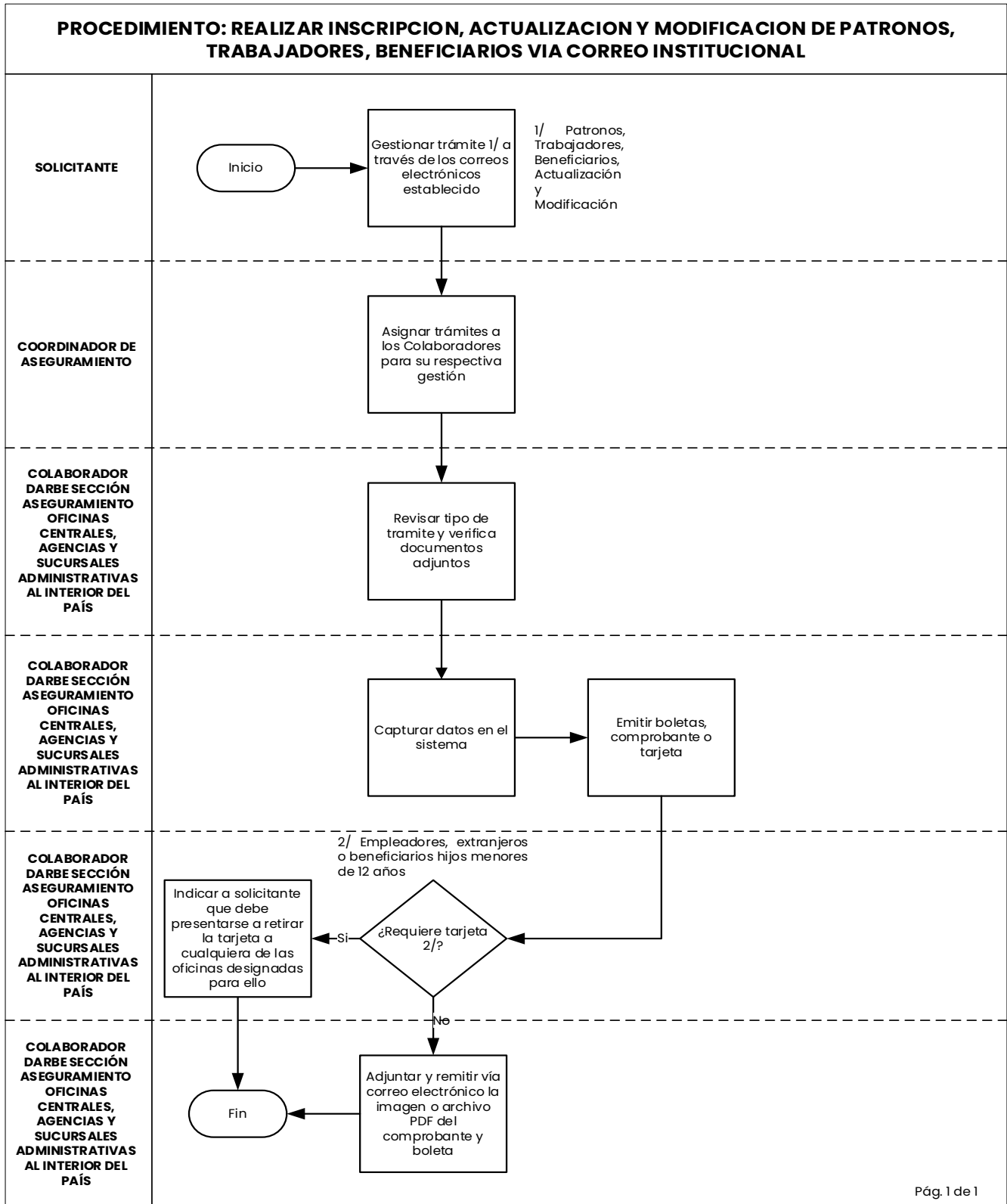




H. Inscripción, Actualización y Modificación de Patronos, Trabajadores, Beneficiarios vía Correo Institucional

1. El Solicitante gestiona trámite a través de los correos electrónicos establecidos (ver Normativa para afiliar y actualizar la información de empleador, trabajador y beneficiarios).
2. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, revisa tipo de trámite y verifica documentos adjuntos, captura datos en el sistema y emite boleta, comprobante de inscripción de registro al ISSS y tarjeta (cuando aplique).
3. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, adjunta y remite vía correo electrónico la imagen o archivo PDF del comprobante y boleta.
4. El colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país, indica a solicitante que debe presentarse a retirar la tarjeta cuando así se requiera.

• **Flujograma del proceso**





- **Disposiciones específicas**

1. Las disposiciones de los procedimientos anteriores aplican para este procedimiento y los documentos a presentar son los mencionados en la **Normativa para afiliar y actualizar la información de empleador, trabajador y beneficiarios**.

VII. Disposiciones generales

1. Los documentos legales para tramitar la inscripción de empleadores, trabajadores, beneficiario hijo(a) o esposo(a)/compañero(a) de vida son los mencionados en la **Normativa para afiliar y actualizar la información de empleador, trabajador y beneficiarios**.
2. Para los casos de modificación de beneficiarios de empleadores, trabajadores, beneficiario hijo(a) o esposo(a)/compañero(a) de vida, la documentación a presentar se menciona en **la Normativa para afiliar y actualizar la información de empleador, trabajador y beneficiarios**.
3. Cuando entre los distintos documentos que se presentan para la inscripción exista diferencia en el nombre del Representante Legal o Apoderado del empleador, no se suspenderá la solicitud del trámite brindándole un plazo de 10 días, en la que deberá subsanar la prevención para proceder con la finalización de la inscripción. Caso contrario, el expediente pasará al archivo.
4. Cuando en los registros físicos de la Sección Aseguramiento oficinas centrales, Agencias o Sucursales Administrativas al interior del país, se encuentren casos de personas que se inscribieron con apellido de casada, ésta podrá omitirse en casos excepcionales, previa presentación de la partida de nacimiento (máximo 1 año), donde no refleje marginación de casada.
5. Cuando en la identidad del afiliado cambie totalmente el nombre y apellido, debe presentar la partida de nacimiento con su respectiva marginación de acuerdo a sentencia judicial del cambio del nombre y su respectivo documento de identidad actualizado.
6. En los casos que las alcaldías no extiendan partidas de matrimonio por que los registros han sido destruidos, se evaluará a través de constancia de registro familiar extendida por la alcaldía o la certificación de partida de nacimiento reciente para determinar si se puede realizar la inscripción.
7. Para casos de emergencia (mujeres en estado de gravidez o que no cuenten con el documento necesario y que amerite de emergencia atención médica) las áreas de aseguramiento podrán recibir actas de matrimonio con previa autorización de la jefatura correspondiente.



8. Cuando un representante de la empresa o Empleador Doméstico se presente a la Sección Aseguramiento, Agencias y Sucursales Administrativas, a solicitar el cambio de estatus de activo a pasivo o viceversa, debe completar el Formulario "Solicitud de Pasividad o Reanudación de Labores" Form. 430204-172-09-23 y digitará el estatus de pasivo temporal en Sistema de Afiliados hasta que reciba nota, memorándum o boletín informando el estatus del patrono detectada en la Inspección realizada por las áreas respectivas.

9. Para los casos de simulación laboral y fraude, la Sección Aseguramiento oficinas centrales, Agencias y Sucursales Administrativas al interior del país asignarán código 19 (no relación laboral) en Sistema Maestro Patronal y de Afiliados, para dejar inactivo al asegurado investigado. Cuando hubiere solicitud o cuando en el sistema se detecte que un afiliado no tiene relación laboral, se verificará si está registrado con un nuevo empleador; de ser así, realizará activación del número de afiliación del asegurado y al mismo tiempo, solicitará inspección al empleador (generador del derecho de las prestaciones económicas y de salud) del asegurado investigado.



VIII. Responsabilidades en el proceso:

1. Coordinador de Aseguramiento:

- a. Asignar tramites a los Colaboradores para su respectiva gestión.

2. Colaborador DARBE de la sección aseguramiento oficinas centrales, agencias y sucursales administrativas del interior del país:

- a. Verificar que los documentos sean los requeridos para cada trámite.
- b. Grabar, actualizar o modificar el sistema de afiliados con la información correcta.
- c. Localizar en sistema de afiliados a los Trabajadores, Beneficiarios, Pensionados y Empleadores que han solicitado inscribirse al ISSS, para evitar la duplicidad de información.
- d. Emitir, revisar, firmar y sellar, los documentos generados por el sistema de afiliados, que prueban los procedimientos finalizados.
- e. Informar e indicar a los Asegurados cuando los documentos o formularios contengan errores en la información, omisiones o no reunieran los requisitos de contenido.


IX. Registros y formularios utilizados en el proceso:

1. Aviso de inscripción de trabajador(a) CSAFISSS 130200008(Antes CSAFISSS 130101014)
2. Aviso de Inscripción de empleador(a) CSAFISSS 130200007(Antes CSAFISSS 130101015)
3. Aviso de inscripción empleador(a) doméstico(a) CSAFISSS 130200009(Antes CSAFISSS 130101274)
4. Aviso de inscripción de trabajador(a) sector doméstico CSAFISSS 130200010 (Antes CSAFISSS 130101273)
5. Solicitud de inscripción y/o baja de beneficiario CSAFISSS 130200055 (Antes CSAFISSS 130101294)
6. Solicitud de Pasividad o Reanudación de Labores Form. 430204-172-09-23

X. Personal que participó en la elaboración del documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Lic. Luis A. Sigarán	Jefe Sección	Sección Aseguramiento
[REDACTED]	Colaborador DARBE	Sección Aseguramiento
Lic. César Miranda	Jefe Departamento	Departamento de Afiliación y Recaudación
Licda. Nuria Hernández	Jefa División	División de Aseguramiento, Recaudaciones y Beneficios Económicos
[REDACTED]	Analista de Desarrollo Institucional	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos

XI. Registro de actualización del documento

		<p>MANUAL DE PROCESOS AFILIAR Y ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE EMPLEADOR, TRABAJADOR Y SUS BENEFICIARIOS</p>	<p>MP-A-011</p>
<p>Modificaciones</p>			
<p>Versión</p>	<p>Fecha</p>	<p>Naturaleza de la modificación</p>	<p>Aprobado</p>
<p>0</p>	<p>Abril 2004</p>	<p>Generado por Acuerdo D.G. N° 2003-05-0859</p>	<p>Licda. Gloria de Medrano</p>
<p>1.0</p>	<p>Febrero 2007</p>	<p>Actualización en todos los procedimientos del proceso de Aseguramiento</p>	<p>Lic. Salvador Perdomo</p>
<p>2.0</p>	<p>Octubre 2007</p>	<p>Incorporación del procedimiento 14.0 "Entrega de Constancias a Personas Naturales o Jurídicas no Inscritas en el ISSS" e incisos: 2 y 3. Adición de inciso 4.</p>	<p>Lic. Salvador Perdomo</p>
<p>3.0</p>	<p>Mayo 2009</p>	<p>Actualización completa de las normas y procedimientos del presente documento, en cumplimiento a observación de Auditoria, realizada a Sección Aseguramiento.</p>	<p>Lic. Salvador Perdomo</p>
<p>4.0</p>	<p>Marzo 2012</p>	<p>Actualización completa de las normas y procedimientos del presente documento, en cumplimiento a observación de auditoria, realizada a Sección Aseguramiento. De igual manera se le dio de baja al Instructivo para Renovación de Tarjetas de Afiliación de noviembre 2006 y se retomó en las normas del procedimiento con el mismo nombre incluido en este manual, por lo que se agregaron las normas 1, 2 y 3 a dicho procedimiento y en anexo las direcciones de los lugares autorizados para la renovación de las tarjetas de afiliación. Además se le dio de baja al procedimiento 2.15 Inscripción, emisión o Cambio de Tarjeta de Afiliados que optan a la</p>	<p>Licda. Nuria Hernández Jiménez</p>



		Devolución o Asignación por Invalidez, Viudez o Vejez en seis Anualidades.	
5.0	Enero 2024	Actualización completa de las normas y procedimientos del presente documento, por implementación de LPA, Gestión por Procesos y cambio de formato. Este documento reemplaza al MNP de Aseguramiento de marzo 2012.	Licda. Claudia M. Campos



XII. Anexos

Anexo 1: Aviso de inscripción de trabajador CSAFISSS 130200008

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA AVISO DE INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR(A)					
1. Medio de presentación de la solicitud <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> En línea <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> De oficio			2. N° de Afiliación (Para uso exclusivo del ISSS)		
3. Nombre de Trabajador(a) según Documento de Identidad				4. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombres		Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de Casada	
5. Nombres y Apellidos del Padre			Nombres y Apellidos de la Madre		
6. Lugar de Nacimiento			7. Fecha de Nacimiento	8. Estado Familiar	
Departamento/(País para Trabajador(a) Extranjero)	Municipio	Distrito	DD MM AA	<input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Acompañado(a)	
9. Dirección particular del trabajador(a)					
Departamento		Municipio	Distrito	Barrio, Colonia, Cantón, etc.	
Calle, Pasaje, etc.					
N° de casa	Teléfono fijo	Teléfono celular	e-mail		
10. N° Documento de Identidad presentado					
DUI:		Carné de Minoridad:	Extendido en:		
Pasaporte:		Carné de Residente:	Otro documento:		
11. Salario Mensual Estimado \$	12. N° Horas Diarias Laborales:	13. Ocupación del Trabajador(a)	14. Posee Discapacidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	15. Fecha de Ingreso a la Empresa DD / MM / AA	
16. DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS PENDIENTES DE INSCRIBIR AL ISSS (ESPOSO(A), COMPAÑERO(A) DE VIDA E HIJOS DE 0 A 18 AÑOS)					
NOMBRES Y APELLIDOS		SEXO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	
		F M		DD	MM AA
		F M		DD	MM AA
		F M		DD	MM AA
Lugar y fecha de solicitud		Firma del Trabajador	Sello del Empleador (si posee)	Firma del Empleador o Representante Legal	
C. SAFISSS 130200008					
DATOS PROPORCIONADOS POR EL EMPLEADOR					
17. Nombre del Empleador (Según Tarjeta de Inscripción de Empleador)			18. N° de Empleador		
19. Dirección del Empleador			20. Correo Electrónico		
21. Actividad Principal de la Empresa			22. Teléfono Fijo / Celular		
23. Nombre del Centro de Trabajo					
24. Dirección del Centro de Trabajo					
25. Lugar y medio para recibir notificaciones					
<p>Para los efectos del cumplimiento del art. 97 y 99 de la Ley de Procedimientos Administrativos, así como para notificación de cualquier actuación o requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social señalo como medio único y oficial de notificaciones el que se señala a continuación. Así mismo me comprometo a monitorear y revisar constantemente dicho medio de notificación con el objetivo de mantenerme en conocimiento de cualquier requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, correo electrónico: _____</p> <p>Art. 77 de la Ley del Seguro Social "El asegurado o beneficiario que en sus relaciones con el Instituto incurra en fraude, altere documentos o intente inducir a engaño al personal del mismo, quedará sujeto a las sanciones reglamentarias correspondientes"</p> <p>Art. 17 de la Ley de Procedimientos Administrativos " Correlativamente con los derechos que les asisten y con el fin de contribuir a la eficacia de la Administración Pública, los ciudadanos tendrán los siguientes deberes: ... 2. Actuar de acuerdo con el principio de buena fe, absteniéndose de emplear maniobras dilatorias en los procedimientos y de efectuar o aportar declaraciones o documentos falsos o hacer peticiones o afirmaciones temerarias"</p> <p>Art. 215 del Código Penal. "El que obtuviere para sí o para otro un provecho injusto en perjuicio ajeno, mediante ardido o cualquier otro medio de engañar o sorprender la buena fe, será sancionado con prisión de dos a cinco años si la defraudación fuere mayor de doscientos colones"</p> <p>Por medio de la presente declaro que he leído el contenido de las disposiciones arriba mencionadas, por lo cual declaro que toda la información proporcionada es verdadera sabiendo que la falsedad de documentos en los trámites gubernamentales podría constituirse en un delito. Asimismo estoy enterado que el Instituto podrá verificar la información que he proporcionado, si así lo considera necesario.</p>					
PARA USO EXCLUSIVO DEL ISSS					
FECHA DE INSCRIPCIÓN					
DD	MM	AA			
Observaciones:					
PARA USO EXCLUSIVO DE INSPECCIÓN		PARA USO EXCLUSIVO DE ASEGURAMIENTO			
Inspector(a) responsable		VoBo de Supervisor(a)	Revisión y localización	Digitación	



Anexo 2: Aviso de inscripción de trabajador(a) sector doméstico CSAFISSS 130200010

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL					
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA					
AVISO DE INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR(A) SECTOR DOMÉSTICO					
1. Medio de presentación de la solicitud <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> En línea <input type="checkbox"/> Correo			2. N° de Afiliación (Para uso exclusivo del ISSS)		
3. Nombre de Trabajador(a) según Documento de Identidad Nombres _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Apellido de casada _____					4. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
5. Nombres y Apellidos del Padre			Nombres y Apellidos de la Madre		
6. Lugar de Nacimiento Depto./ (País para Trabajador(a) Extranjero) _____ Municipio _____ Distrito _____			7. Fecha de nacimiento / /	8. Estado Familiar <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Acompañado (a)	
9. Domicilio de Trabajador(a) Departamento _____ Municipio _____ Distrito _____ Barrio, Colonia, Cantón, etc. _____ Calle, pasaje, etc. _____					
N° de casa _____			Teléfono Fijo/Celular _____		10. Salario Mensual _____
Correo electrónico _____			11. N° Documento de Identidad Presentado D U I _____ Pasaporte: _____ N I T: _____ Carné de Residente: _____ Carné de Minoridad: _____ Extendido en: _____		12. Fecha de Ingreso al Régimen Especial / /
13. Ocupación del Trabajador					
Lugar y fecha de solicitud _____		Firma del Trabajador(a) _____		Firma del Empleador(a) _____	

C. SAFISSS 130200010

14. DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS PENDIENTES DE INSCRIBIR AL ISSS (ESPOSO(A), COMPAÑERO(A) DE VIDA E HIJOS DE 0 A 18 AÑOS)					
Nombres y Apellidos		Parentesco		Sexo	
				Fecha de Nacimiento	
				DD MM AA	
				DD MM AA	
				DD MM AA	
DATOS DE EMPLEADOR(A)					
15. Nombre de Empleador(a) (Según Documento de Identidad Personal)				16. N° Empleador(a)	
17. Dirección de Empleador(a)				18. Teléfono	
<p>Para los efectos del cumplimiento del art. 97 y 99 de la Ley de Procedimientos Administrativos, así como para notificación de cualquier actuación o requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social señalo como medio único y oficial de notificaciones el que se señala a continuación. Así mismo me comprometo a monitorear y revisar constantemente dicho medio de notificación con el objetivo de mantenerme en conocimiento de cualquier requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social,</p> <p>correo electrónico: _____</p> <p>Art. 77 de la Ley del Seguro Social "El asegurado o beneficiario que en sus relaciones con el Instituto incurra en fraude, altere documentos o intente inducir a engaño al personal del mismo, quedará sujeto a las sanciones reglamentarias correspondientes"</p> <p>Art. 17 de la Ley de Procedimientos Administrativos " Correlativamente con los derechos que les asisten y con el fin de contribuir a la eficacia de la Administración Pública, los ciudadanos tendrán los siguientes deberes: ...2. Actuar de acuerdo con el principio de buena fe, absteniéndose de emplear maniobras dilatorias en los procedimientos y de efectuar o aportar declaraciones o documentos falsos o hacer peticiones o afirmaciones temerarias"</p> <p>Art. 215 del Código Penal. "El que obtuviere para sí o para otro un provecho injusto en perjuicio ajeno, mediante ardid o cualquier otro medio de engañar o sorprender la buena fe, será sancionado con prisión de dos a cinco años si la defraudación fuere mayor de doscientos colones"</p> <p>Por medio de la presente declaro que he leído el contenido de las disposiciones arriba mencionadas, por lo cual declaro que toda la información proporcionada es verdadera sabiendo que la falsedad de documentos en los trámites gubernamentales podría constituirse en un delito. Asimismo estoy enterado que el Instituto podrá verificar la información que he proporcionado, si así lo considera necesario.</p>					
PARA USO EXCLUSIVO DEL ISSS					
Observaciones:					
FECHA DE INSCRIPCIÓN					
PARA USO EXCLUSIVO DE INSPECCIÓN			PARA USO EXCLUSIVO DE ASEGURAMIENTO		
Inspector(a)			Revisión y Localización		Digitación



Anexo 3: Aviso de Inscripción de empleador(a) CSAFISS 13020007

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA AVISO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADOR Régimen General																			
1. Medio de presentación de la Solicitud <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> En línea <input type="checkbox"/> Vía correo <input type="checkbox"/> De oficio <input type="checkbox"/> Inspección			2. No. De Empleador <input style="width: 100%;" type="text"/>																
3. Tipo de empleador a inscribir <input type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Institución Educativa <input type="checkbox"/> UDP (Unión de Personas) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Asociación o Fundación <input type="checkbox"/> Asociaciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/> Institución Gubernamental																			
4. Nombre del Empleador (Persona Natural), Denominación o razón social (si es persona Jurídica u otros): <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Persona Natural (Nombres, Apellidos / Apellido Casada) Sociedades y otros, nombre conforme a la Escritura de Constitución, Diario Oficial, Decreto etc</small>																			
5. Tipo de documento presentado DUI: <input style="width: 20%;" type="text"/> NIT: <input style="width: 20%;" type="text"/> Pasaporte: <input style="width: 20%;" type="text"/> Carnet de Residente: <input style="width: 20%;" type="text"/>																			
6. Dirección del Patrono (Particular u Oficina). <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Departamento / Municipio / Distrito/Residencial, Urbanización, Colonia, Barrio, Cantón / Calle, Pasaje / Número de Casa, etc.</small>																			
7. Medios de Contactos Teléfono de fijo <input style="width: 30%;" type="text"/> Teléfono Celular <input style="width: 30%;" type="text"/>		8. Cantidad Trabajadores <input style="width: 100%;" type="text"/>	9. Monto de Salarios <input style="width: 100%;" type="text"/>																
10. Fecha de Sujeción Régimen <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> DD MM AA </div>																			
11. Datos de Registro de Constitución de Sociedad, Fundación, Asociación Cooperativa etc. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><small>Número de Inscripción</small></td> <td><small>Libro de Inscripción</small></td> <td><small>No. De Folio</small></td> <td><small>Desde</small></td> <td><small>Hasta</small></td> <td><small>Fecha de Inscripción</small></td> <td><small>DD</small></td> <td><small>MM</small> <small>AA</small></td> </tr> </table>				<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<small>Número de Inscripción</small>	<small>Libro de Inscripción</small>	<small>No. De Folio</small>	<small>Desde</small>	<small>Hasta</small>	<small>Fecha de Inscripción</small>	<small>DD</small>	<small>MM</small> <small>AA</small>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>												
<small>Número de Inscripción</small>	<small>Libro de Inscripción</small>	<small>No. De Folio</small>	<small>Desde</small>	<small>Hasta</small>	<small>Fecha de Inscripción</small>	<small>DD</small>	<small>MM</small> <small>AA</small>												
12. Datos de Representante Legal <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Apoderado Período de Representación: Desde <input style="width: 20%;" type="text"/> Hasta <input style="width: 20%;" type="text"/> Nombres <input style="width: 30%;" type="text"/> Primer Apellido <input style="width: 30%;" type="text"/> Segundo Apellido <input style="width: 30%;" type="text"/> Apellido de Casada <input style="width: 30%;" type="text"/>																			
13. Tipo de Documento Presentado por Representante Legal DUI: <input style="width: 20%;" type="text"/> NIT: <input style="width: 20%;" type="text"/> Pasaporte: <input style="width: 20%;" type="text"/> Carnet de Residente: <input style="width: 20%;" type="text"/>																			
14. Dirección del Representante Legal <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Departamento / Municipio / Distrito/Residencial, Urbanización, Colonia, Barrio, Cantón / Calle, Pasaje / Número de Casa, etc.</small>																			

CSAFISS. 13020007

15. Nombre del Centro de Trabajo <input style="width: 100%;" type="text"/>		
16. Actividad Principal de la Empresa <input style="width: 90%;" type="text"/>		Código de Actividad Económica <input style="width: 100%;" type="text"/>
17. Dirección del Centro de Trabajo <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Departamento / Municipio / Distrito/Residencial, Urbanización, Colonia, Barrio, Cantón / Calle, Pasaje / Número de Casa, etc.</small>		
18. Lugar y medio oficial para recibir Notificaciones Para los efectos del cumplimiento del art. 97 y 99 de la Ley de Procedimientos Administrativos, así como para notificación de cualquier actuación o requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, señalo como medio único y oficial de notificaciones el que se señala a continuación. el correo electrónico: <input style="width: 60%;" type="text"/> Asimismo, me comprometo a monitorear y revisar constantemente dicho medio de notificación con el objetivo de mantenerme en conocimiento de cualquier requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Art. 77 de la Ley del Seguro Social "El asegurado o beneficiario que en sus relaciones con el Instituto incurra en fraude, altere documento o intente inducir a engaño al personal del mismo, quedará sujeto a las sanciones reglamentarias correspondientes". Art. 17 de la Ley de Procedimientos Administrativos "Correlativamente con los derechos que les asisten y con el fin de contribuir a la eficacia de la maniobras dilatorias en los procedimientos y de efectuar o aportar declaraciones o documentos falsos o hacer peticiones o afirmaciones temerarias". Art. 215 del Código Penal. "El que obtuviere para sí o para otro un provecho injusto en perjuicio ajeno, mediante ardid o cualquier otro medio de engañar o sorprender la buena fe, será sancionado con prisión de dos a cinco años si la defraudación fuere mayor de doscientos colones". Por medio de la presente declaro que he leído el contenido de las disposiciones arriba mencionadas, por lo cual declaro que toda la información proporcionada es verdadera sabiendo que la falsedad de documentos en los trámites gubernamentales podría constituirse en un delito. Asimismo estoy enterado que el Instituto podrá verificar la información que he proporcionado, si		
Firma del Empleador(a) Persona Natural o Representante Legal para las Personas Jurídicas <input style="width: 80%;" type="text"/>		Sello de la empresa (si posee) <input style="width: 100%;" type="text"/>
PARA USO EXCLUSIVO DEL ISSS		
OBSERVACIONES <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		
NOMBRE DEL COLABORADOR <input style="width: 95%;" type="text"/>	FIRMA DEL COLABORADOR <input style="width: 95%;" type="text"/>	FECHA DE INSCRIPCIÓN <input style="width: 95%;" type="text"/>



Anexo 4: Aviso de inscripción empleador(a) doméstico(a) CSAFISS 130200009


INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA AVISO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADOR(A) SECTOR DOMÉSTICO		
1. Medio de presentación de la solicitud <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> En línea <input type="checkbox"/> Correo	2. N° de Empleador(a) _____	
3. Nombre del Empleador(a) _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nombres Primer apellido Segundo apellido Apellido de casada </div> _____ <small>Conocido socialmente según Documento Único de Identidad</small>		
4. Tipo de documento presentado <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Carnet de minoridad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de residente <input type="checkbox"/> NIT Número de documento: _____		
5. Dirección Particular del Empleador(a) _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Departamento Municipio Distrito Barrio, Colonia, Cantón, etc. Calle, Pasaje, etc. </div> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> N° de casa Teléfono fijo Teléfono celular e-mail </div>		
6. Cantidad de Trabajadores _____	7. Monto de salario _____	8. Fecha de sujeción al régimen _____
_____ Firma del Empleador Sector Doméstico		

CSAFISS. 130200009

9. Lugar y medio oficial para recibir notificaciones: <p>Para los efectos del cumplimiento del art. 97 y 99 de la Ley de Procedimientos Administrativos, así como para notificación de cualquier actuación o requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social señalo como medio único y oficial de notificaciones el que se señala a continuación. Así mismo me comprometo a monitorear y revisar constantemente dicho medio de notificación con el objetivo de mantenerme en conocimiento de cualquier requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social:</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Art. 77 de la Ley del Seguro Social "El asegurado o beneficiario que en sus relaciones con el Instituto incurra en fraude, altere documentos o intente inducir a engaño al personal del mismo, quedará sujeto a las sanciones reglamentarias correspondientes"</p> <p>Art. 17 de la Ley de Procedimientos Administrativos "Correlativamente con los derechos que les asisten y con el fin de contribuir a la eficacia de la Administración Pública, los ciudadanos tendrán los siguientes deberes: ... 2. Actuar de acuerdo con el principio de buena fe, absteniéndose de emplear maniobras dilatorias en los procedimientos y de efectuar o aportar declaraciones o documentos falsos o hacer peticiones o afirmaciones temerarias"</p> <p>Art. 215 del Código Penal. "El que obtuviere para sí o para otro un provecho injusto en perjuicio ajeno, mediante ardid o cualquier otro medio de engañar o sorprender la buena fe, será sancionado con prisión de dos a cinco años si la defraudación fuere mayor de doscientos colones"</p> <p>Por medio de la presente declaro que he leído el contenido de las disposiciones arriba mencionadas, por lo cual declaro que toda la información proporcionada es verdadera sabiendo que la falsedad de documentos en los trámites gubernamentales podría constituirse en un delito. Asimismo estoy enterado que el Instituto podrá verificar la información que he proporcionado, si así lo considera necesario.</p>	
Para uso exclusivo del ISSS	
10. Lugar y fecha de solicitud _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Departamento Municipio Fecha Categoría Código de Actividad Económica </div>	
Revisión por el Colaborador	
_____ Nombre y firma del Inspector responsable	_____ Nombre y firma del colaborador responsable



Anexo 5: Solicitud de inscripción y/o baja de beneficiario CSAFISSS 130200055

 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y/O BAJA DE BENEFICIARIOS Sección Aseguramiento										NÚMERO DE AFILIACIÓN			
NOMBRES										APELLIDOS			
NO.	NOMBRE DEL BENEFICIARIO Y REFERENCIA DE DOCUMENTOS PRESENTADOS				SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			FIRMA	FECHA DE GRABACIÓN		
					M	F	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
1	Espos@ C/V Hij@ Baja									ASEGURADO			
											FIRMA EMPLEADO ISSS		
2										ASEGURADO			
											FIRMA EMPLEADO ISSS		
3										ASEGURADO			
											FIRMA EMPLEADO ISSS		
DIRECCIÓN ACTUAL:										TELÉFONO:			
RECEPCIONÓ:			SELLO CENTRO DE ATENCIÓN			FECHA DE SOLICITUD:			FIRMA CONTROL DE CALIDAD:				

CSAFISSS. 130200055




Anexo 6: Solicitud de Pasividad o Reanudación de Labores Form. 430204-172-09-23

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA SOLICITUD DE PASIVIDAD O REANUDACIÓN DE LABORES DE EMPLEADOR RÉGIMEN GENERAL Y ESPECIAL		
_____ a los _____ días, del mes _____ del año _____ Señores Sección Aseguramiento Presente		
1. TIPO DE SOLICITUD		
- PASIVIDAD LABORAL <input type="checkbox"/> - REANUDACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/>	PATRONO (JURÍDICO O PERSONA NATURAL) <input type="checkbox"/> CORRELATIVO <input type="checkbox"/> RÉGIMEN ESPECIAL: _____	A PARTIR DEL DÍA: _____
2. DATOS DEL EMPLEADOR		
NÚMERO PATRONAL: _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN ACTUAL _____ NÚMERO DE CELULAR _____ NÚMERO DE TELÉFONO FIJO: _____		
_____ Firma del empleador(a) persona natural o Representante Legal para las Personas Jurídicas	_____ Sello de la Empresa (Si posee)	
3. MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES		
Para los efectos del cumplimiento del art. 97 y 99 de la Ley de Procedimientos Administrativos, así como para notificación de cualquier actuación o requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social señalo como medio único y oficial de notificaciones el que se señala a continuación. Así mismo me comprometo a monitorear y revisar constantemente dicho medio de notificación con el objetivo de mantenerme en conocimiento de cualquier requerimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Correo electrónico: _____ Art. 77 de la Ley del Seguro Social "El asegurado o beneficiario que en sus relaciones con el Instituto incurra en fraude, altere documentos o intente inducir a engaño al personal del mismo, quedará sujeto a las sanciones reglamentarias correspondientes" Art. 17 de la Ley de Procedimientos Administrativos " Correlativamente con los derechos que les asisten y con el fin de contribuir a la eficacia de la Administración Pública, los ciudadanos tendrán los siguientes deberes: ...2. Actuar de acuerdo con el principio de buena fe, absteniéndose de emplear maniobras dilatorias en los procedimientos y de efectuar o aportar declaraciones o documentos falsos o hacer peticiones o afirmaciones temerarias" Art. 215 del Código Penal. "El que obtuviere para sí o para otro un provecho injusto en perjuicio ajeno, mediante ardid o cualquier otro medio de engañar o sorprender la buena fe, será sancionado con prisión de dos a cinco años si la defraudación fuere mayor de doscientos colones" Por medio de la presente declaro que he leído el contenido de las disposiciones arriba mencionadas, por lo cual declaro que toda la información proporcionada es verdadera sabiendo que la falsedad de documentos en los trámites gubernamentales podría constituirse en un delito. Asimismo		
Para uso exclusivo del ISSS		
PARA USO EXCLUSIVO DE INSPECCIÓN	PARA USO EXCLUSIVO DE ASEGURAMIENTO	
Inspector(a) responsable	Nombre de quien recibe y fecha de recepción	

Form. 430204-172-09-23



XIII. Registro de Adendas

	Manual de proceso afiliar y actualizar la información de empleador, trabajador y sus beneficiarios		MP-A-011
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			