

	Seguro Social Universitario AVISO DE AFILIACION O REAFILIACION DEL TRABAJADOR										Form. 5		
											EMISION		
	Día			Mes			Año						
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre del Trabajador				Matricula Asegurado	
Fecha de Nacimiento			CI		Sexo	Domicilio del Trabajador							
Día	Mes	Año				Zona		Calle		Nro.	Nro. Celular		Teléfono
Salario Cotizable Mensual				Cargo					Fecha Ingreso al Trabajo				
									Día		Mes		Año
Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución						Numero Empleador				Medio Tiempo		Tiempo Completo	
ALTAS Y BAJAS DE BENEFICIARIOS													
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre			Parentesco		F. Nac.		Alta	Baja (motivo)	
SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA				FIRMA DEL TRABAJADOR				SELLO Y FIRMA DE RECEPCION SSU					