



CONGRESO DE LA REPÚBLICA
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICADOS DEL IGSS
RENGLON 011 Y 022

ID: _____ RENGLON: _____ FECHA: _____

Nombre Completo: _____

Dirección de Habitación: _____

Municipio _____ Departamento _____

Esta dirección será la que se registrará en el Sistema

Número de Afiliación: _____ DPI _____

TIPO DE CERTIFICADO

Enfermedad Común

Maternidad

Accidente Fecha del Accidente: _____

Fecha Para el Certificado: _____

INSCRIPCION O ATENCION DE HIJOS O ESPOSA /CONVIVIENTE

INSCRIPCIÓN
Solicitar Formulario DRPT-59

ATENCION

Hijos: Nombre (s) _____

Esposa o Conviviente: Nombre _____

TELEFONO DEL SOLICITANTE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

USO EXCLUSIVO ENCARGADA IGSS
DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

OPERADO: _____

FECHA: _____