

GUÍA PARA LLENAR FORMULARIO DRPT-59

INSCRIPCIÓN, ACTUALIZACIÓN O REPOSICIÓN DE CARNÉ DEL TRABAJADOR



FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE AFILIADOS
DIVISIÓN DE REGISTRO DE PATRONOS Y TRABAJADORES

DRPT-59

DATOS DEL TRABAJADOR

<input type="checkbox"/> TIPO DE SOLICITUD INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> REPOSICIÓN CARNÉ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> CAUSA DE REPOSICIÓN (Marque si solicita REPOSICIÓN CARNÉ) PÉRDIDA <input type="checkbox"/> DETERIORO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE DATOS <input type="checkbox"/>		
---	--	--	--	--	--

(Para ACTUALIZACIÓN Y REPOSICIÓN, solamente llene casillas 3 (NÚMERO DE AFILIACIÓN) y 6 a 10 (NOMBRES Y APELLIDOS), y el o los datos a modificar, en su caso)

<input type="checkbox"/> NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IGSS		<input type="checkbox"/> NIT		<input type="checkbox"/> FECHA DE NACIMIENTO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO		<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO		<input type="checkbox"/> APELLIDO DE CASADA	
<input type="checkbox"/> PRIMER NOMBRE		<input type="checkbox"/> SEGUNDO Y DEMÁS NOMBRES			
<input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PAÍS NACIMIENTO	
<input type="checkbox"/> NACIONALIDAD					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					
<input type="checkbox"/> CEDULA DE VICINIDAD (Si es guatemalteco mayor de edad)			<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE NACIMIENTO (Menor de edad)		
<input type="checkbox"/> ORDEN		<input type="checkbox"/> REGISTRO		<input type="checkbox"/> PARTIDA	
<input type="checkbox"/> FOLIO		<input type="checkbox"/> CUI		<input type="checkbox"/> PASAPORTE (Extranjero)	
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO		<input type="checkbox"/> MUNICIPIO		<input type="checkbox"/> LIBRO	
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO		<input type="checkbox"/> MUNICIPIO		<input type="checkbox"/> PAÍS PASAPORTE	
DOMICILIO					
<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN			<input type="checkbox"/> ZONA		<input type="checkbox"/> TELÉFONOS
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO			<input type="checkbox"/> MUNICIPIO		<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO
DATOS DE PADRE					
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO		<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO		<input type="checkbox"/> NOMBRES	
DATOS DE MADRE					
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO		<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO		<input type="checkbox"/> NOMBRES	

(Si la persona que se registra es trabajador, llenar los datos de esta sección)

<input type="checkbox"/> NÚMERO PATRONAL 90011		<input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PATRONO O RAZÓN SOCIAL CONGRESO DE LA REPÚBLICA			
<input type="checkbox"/> NOMBRE DE LA EMPRESA CONGRESO DE LA REPÚBLICA					
<input type="checkbox"/> OCUPACIÓN Dejar Pendiente		<input type="checkbox"/> REMUNERACIÓN DÍA <input type="checkbox"/> SEMANA <input type="checkbox"/> CATORCENA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> MONTO Dejar Pendiente	
<input type="checkbox"/> FECHA INICIO LABORES DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>					

(Si la persona que se registra es beneficiario, llenar los datos de esta sección)

<input type="checkbox"/> PARENTESCO DEL INTERESADO CON EL CAUSANTE ESPOSAO <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IGSS DE CAUSANTE		<input type="checkbox"/> FECHA DE FALLECIMIENTO (Cuando aplique) DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO		<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO		<input type="checkbox"/> APELLIDO DE CASADA		
<input type="checkbox"/> PRIMER NOMBRE		<input type="checkbox"/> SEGUNDO Y DEMÁS NOMBRES				

BAJO MI EXCLUSIVA Y ABSOLUTA RESPONSABILIDAD, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE AQUÍ CONSIGNO ES FIEL Y EXACTA.

<input type="checkbox"/> LUGAR		<input type="checkbox"/> FIRMA Y SELLO DE PATRONO		<input type="checkbox"/> FIRMA DE AFILIADO	
<input type="checkbox"/> FECHA DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>					

GUÍA PARA LLENAR FORMULARIO DRPT-59

INSCRIPCIÓN DE: ESPOSA O HIJO



FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE AFILIADOS
DIVISIÓN DE REGISTRO DE PATRONOS Y TRABAJADORES

DRPT-59

DATOS DE LA ESPOSA O HIJO A INSCRIBIR

<input type="checkbox"/> TIPO DE SOLICITUD INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> REPOSICIÓN CARNÉ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> CAUSA DE REPOSICIÓN (Marque si solicita REPOSICIÓN CARNÉ) PERDIDA <input type="checkbox"/> DETERIORO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE DATOS <input type="checkbox"/>		
---	--	--	--	--	--

(Para ACTUALIZACIÓN Y REPOSICIÓN, solamente llene casillas 3 (NÚMERO DE AFILIACIÓN) y 6 a 10 (NOMBRES Y APELLIDOS), y el o los datos a modificar, en su caso)

<input type="checkbox"/> NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IGSS		<input type="checkbox"/> NIT		<input type="checkbox"/> FECHA DE NACIMIENTO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO	<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO	<input type="checkbox"/> APELLIDO DE CASADA	<input type="checkbox"/> PRIMER NOMBRE	<input type="checkbox"/> SEGUNDO Y DEMÁS NOMBRES	
<input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PAÍS NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> NACIONALIDAD
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					
<input type="checkbox"/> CEDULA DE VEJECIDAD (Si es guatemalteco mayor de edad)		<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE NACIMIENTO (Menor de edad)		<input type="checkbox"/> CUI	
<input type="checkbox"/> ORDEN	<input type="checkbox"/> REGISTRO	<input type="checkbox"/> PARTIDA	<input type="checkbox"/> FOLIO	<input type="checkbox"/> CUI	<input type="checkbox"/> PASAPORTE (Extranjero) <input type="checkbox"/> NÚMERO
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO	<input type="checkbox"/> MUNICIPIO	<input type="checkbox"/> LIBRO	<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO	<input type="checkbox"/> MUNICIPIO	<input type="checkbox"/> PAÍS PASAPORTE
DOMICILIO					
<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN			<input type="checkbox"/> ZONA	<input type="checkbox"/> TELÉFONOS	
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO			<input type="checkbox"/> MUNICIPIO	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO	
DATOS DE PADRE					
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO		<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO		<input type="checkbox"/> NOMBRES	
DATOS DE MADRE					
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO		<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO		<input type="checkbox"/> NOMBRES	

(Si la persona que se registra es *trabajador*, llenar los datos de esta sección)

<input type="checkbox"/> NÚMERO PATRONAL		<input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PATRONO O RAZÓN SOCIAL			
<input type="checkbox"/> NOMBRE DE LA EMPRESA					
<input type="checkbox"/> OCUPACIÓN					
<input type="checkbox"/> REMUNERACIÓN DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANA <input type="text"/> <input type="text"/> GATORCENA <input type="checkbox"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> MONTO	<input type="checkbox"/> FECHA INICIO LABORES DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

(Si la persona que se registra es *beneficiario*, llenar los datos de esta sección)

<input type="checkbox"/> PARENTESCO DEL INTERESADO CON EL CAUSANTE ESPOSA/O <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> HIJO/A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IGSS DE CAUSANTE		<input type="checkbox"/> FECHA DE FALLECIMIENTO (Cuando aplique) DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PRIMER APELLIDO	<input type="checkbox"/> SEGUNDO APELLIDO	<input type="checkbox"/> APELLIDO DE CASADA	<input type="checkbox"/> PRIMER NOMBRE	<input type="checkbox"/> SEGUNDO Y DEMÁS NOMBRES	

BAJO MI EXCLUSIVA Y ABSOLUTA RESPONSABILIDAD, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE AQUÍ CONSIGNO ES FIEL Y EXACTA.

<input type="checkbox"/> LUGAR	<input type="checkbox"/> FIRMA Y SELLO DE PATRONO	<input type="checkbox"/> FIRMA DE AFILIADO
<input type="checkbox"/> FECHA DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

NO LLENAR

TRABAJADOR