



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SOLICITUD DE RELACIÓN LABORAL:

Afiliación No. _____

Empleado No. O Nos. _____

Vigente:

Cancelado:

Supernumerarios especificar año(s): _____

Nombre y apellidos completos: _____

Cargo: _____

Guatemala, _____ de _____ de _____

Teléfono: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE ENTREGA: _____