



REGISTRO PATRONAL DE ASEGURADOS

Forma: 13-12

PÁGINA N°		
1	DE	1

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR	N° DE R.J.F	DOMICILIO FISCAL DE LA EMPRESA U ORGANISMO PÚBLICO	N° PATRONAL
0	J-12345678-9	AVENIDA AA C/C BB, LAS MERCEDES	123456789

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FECHAS						
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
01	07	17	31	07	17	

FECHA DE INSCRIPCIÓN			RÉGIMEN	RIESGO
DÍA	MES	AÑO	Total	Medio
05	01	14		

APELLIDOS Y NOMBRES	NACIONALIDAD		CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	N° DE REGISTRO EN EL IVSS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO			SALARIO O SUELDO			COTIZACIÓN SEMANAL DEL TRABAJADOR (IVSS)	APORTE SEMANAL DEL EMPLEADOR (IVSS)	TOTALES APORTES AL IVSS	COTIZACIÓN SEMANAL DEL TRABAJADOR POR R.P.E	APORTE SEMANAL DEL EMPLEADOR POR R.P.E	TOTALES APORTES POR R. P.E	OCUPACIÓN U OFICIO	OTRO
	V	E		DÍA	MES	AÑO	F	M		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL								
Sanchez GutierrezGloria	X		18103956	09	09	86	X			03	09	07				***.**	18,461.54	80,000.00	738.46	1,846.15	2,584.61	92.31	369.23	461.54	Consultor	
Diaz PrezMiguel Angel	X		1234567	01	01	80		X		27	01	05				***.**	20,769.23	90,000.00	830.77	2,076.92	2,907.69	103.85	415.38	519.23	Desarrollador	
Rodriguez MendozaSandra Albany	X		123	01	06	74	X			16	06	13				***.**	18,461.54	80,000.00	738.46	1,846.15	2,584.61	92.31	369.23	461.54	Consultor	
Andina TorresAdolfo Jesus	X		12345678	03	09	80		X		20	11	14				***.**	9,230.77	40,000.00	369.23	923.08	1,292.31	46.15	184.62	230.77	Consultor	
Apellido EmpleadoNombre 6	X		1233456	01	08	96	X			10	03	16				***.**	23,076.92	100,000.00	923.08	2,307.69	3,230.77	115.38	461.54	576.92	Consultor	
ApellidosNombre 7	X		0998787	03	09	75	X			10	03	16				***.**	34,615.38	150,000.00	1,384.62	3,461.54	4,846.16	173.08	692.31	865.39	Administrador	
ASDFASDFASDF	X		124	09	09	86	X			20	07	17				***.**	9,230.77	40,000.00	369.23	923.08	1,292.31	46.15	184.62	230.77	Consultor	

OBSERVACIONES: R.P.E = RÉGIMEN PRESTACIONAL DE EMPLEO Prueba	LUGAR		NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEG	
	Caracas		Eva Martinelli	
	FECHA		CÉDULA DE IDENTIDAD N°	
	DÍA	MES	AÑO	
	30	08	19	12345678

FIRMA Y SELLO

ESTE FORMULARIO ES DE USO OBLIGATORIO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 87 DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y VÁLIDO PARA SER PRESENTADO ANTE EL SERVIDOR PÚBLICO ACTUANTE AUTORIZADO POR EL IVSS CUANDO LO REQUIERA

EL FORMULARIO ES COMPLETAMENTE GRATUITO

www.ivss.gob.ve