

**FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO**

**DATOS DEL ASEGURADO/A**

1) NSS del Asegurado/a:		2) Tipo de Documento de Identidad:		Cédula CSE:	Residencia:	Pasaporte:	4) Fecha de Nacimiento:		
		3) No. de Doc. de Identidad:		570-010294-0000S			01	02	1994
5) Primer Nombre: JEIMER		Segundo Nombre: MARINO		Primer Apellido: MAIRENA		Segundo Apellido: MONGE		6) Sexo: H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<b>Datos de Nacimiento</b>									
7) País: NICARAGUA		8) Departamento: RIVAS			9) Municipio: ALTAGRACIA				
<b>Datos de Residencia</b>									
10) Departamento: RIVAS		11) Municipio: ALTAGRACIA		12) Distrito/Zona: =====		13) Comarca: LA PENCA			
14) Barrio: =====									
15) Dirección Exacta: CONTIGUO A ENTRADA EL ZOPILOTE									
16) Teléfonos:		No. Convencional: ===		No. Celular: 8629 0980		17) Correo Electrónico: =====			
18) Nombres y Apellidos del Padre: =====						No. de Cédula de Identidad: =====			
19) Nombres y Apellidos de la Madre: VILMA DEL SOCORRO HERNANDEZ						No. de Cédula de Identidad: ===			
20) Estado Civil: Soltero/a: <input type="checkbox"/>		Casado/a: <input type="checkbox"/>		Unión de Hecho Estable: <input checked="" type="checkbox"/>					
21) Nombres y Apellidos de Cónyuge / Compañero/a de vida:						No. de Cédula de Identidad: =====			

**OBLIGATORIO**

22) Registro Patronal: 816306		23) Nómina: 1		24) Razón Social: CRISTIANO BIANCHI					
25) Departamento: RIVAS		26) Municipio: ALTAGRACIA		27) Distrito/Zona: ===		28) Comarca: EL MADROÑAL			
29) Barrio: ===									
30) Dirección: FINCA EL ZOPILOTE						31) Teléfonos:		No. Convencional: =====	
								No. Celular: =====	
32) Fecha de Ingreso:		33) Total Ingreso del Mes:		34) Salario Mensual:		35) Cargo que Desempeña:			
Día	Mes	Año	C\$	C\$					
7	3	2026	5,215.66	6,519.58	ENCARGADO DE PRODUCCIÓN				
36) Sistema de Pago:						37) Día de Cierre :			
Mensual65		Quincenal		Catorcenal		Semanal		(cierres especiales)	
38) Novedades Atrasadas: (máximo 6 meses)									
Meses Atrasados	Total Ingreso del Mes	Salario Mensual	Meses Atrasados	Total Ingreso del Mes	Salario Mensual	Meses Atrasados	Total Ingreso del Mes	Salario Mensual	
Enero			Mayo			Septiembre			
Febrero			Junio			Octubre			
Marzo			Julio			Noviembre			
Abril			Agosto			Diciembre			

**ACULTATIVO**

39) Modalidad: Integral		IVM		Salud		41) Aporte Mensual:	
42) Actividad Ocupacional:						43) Mes de Aplicación:	
Dirección de Envío de Factura (Llenar en caso de ser diferente a la dirección de residencia)							
44) Departamento:		45) Municipio:		46) Distrito/Zona:		47) Comarca:	
48) Barrio:							
49) Dirección Exacta:							

**PARA USO INSS**

50) Municipio de Inscripción: ALTAGRACIA		51) Fecha de Inscripción en el INSS: 9 3 2026		52) Nómina asignada (Facultativo):			
53) Fotocopias de Documentos que se adjuntan:							
Cédula Identidad:	Pasaporte:	Certificado de Nacimiento/ Apostilla: Asegurado/a:		Hija(s)/o(s):	Certificado Matrimonio:	Certificado de Unión de Hecho Estable:	Acreditación como Religioso/a:
54) Observaciones:							
55) Nombre y apellido del Afiliador/a		56) Firma del Empleador/Representante Legal/Asegurado			57) Firma y sello autorizada-INSS		

Asegurado/a: Para la inscripción de sus beneficiarios, favor presentar en el área de Afiliación de la Delegación más cercana el certificado de nacimiento de hijas(os), certificado de matrimonio y cédula de su esposa/compañera de vida. En el Seguro Facultativo después de cotizar un (1) año de manera continua tendrá derecho a subsidio.

Edificio 1907, Dupla Norte, Managua. Teléfonos: 2222-5103/2222-5602/2222-7142. <http://www.inss.gob.ni>

Original: Oficina de Afiliación // Copia: Empleador o Asegurado Facultativo