



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE FIRMAS

Fecha de Solicitud: _____		Número patronal: _____
Día	Mes	
Nombre del Patrono: _____		
Personas Autorizadas		
Nombre	Cargo o puesto desempeñado	Firmas
Nombre y Firma de Patrono o Representante Legal		Sello de la Empresa
		C. SAFISSS 130101132