



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

PRESTACIONES - REGIONAL: _____

SOLICITUD DE JUBILACIÓN

RESERVADO PARA EL IESS

N°

1

N° DE GUÍA:

FECHA DE RECEPCIÓN IESS

2 TIPO DE JUBILACIÓN		3 CLASE DE TRÁMITE			
1 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ	3 <input type="checkbox"/> ESPECIAL REDUCIDA	2 <input type="checkbox"/> INICIAL	3 <input type="checkbox"/> MEJORA CIVIL	4 <input type="checkbox"/> MEJORA MILITAR	
2 <input type="checkbox"/> VEJEZ	4 <input type="checkbox"/> RIESGOS DEL TRABAJO	5 <input type="checkbox"/> MEJORA POLICIAL	6 <input type="checkbox"/> RELIQUIDACIÓN		

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

4 APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES COMPLETOS
---------------------------	------------------	-------------------

5 N° CÉDULA DE IDENTIDAD	6 N° DE AFILIACIÓN	7 JUBILADO O RETIRADO EXPEDIENTE N°	8 SEXO	9 FECHA DE NACIMIENTO
	"A" "B"		1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	AÑO MES DÍA

10 ESTADO CIVIL	11 CIUDAD O LUGAR DONDE DESEA COBRAR SU PENSIÓN	12 RESERVADO PARA EL IESS
1 <input type="checkbox"/> SOLTERO 2 <input type="checkbox"/> CASADO 3 <input type="checkbox"/> VIUDO		CÓDIGO DE LUGAR DE PAGO
4 <input type="checkbox"/> DIVORCIADO 5 <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN LEGAL 6 <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE		

13 SEÑOR SOLICITANTE, UD. PUEDE PEDIR LA DEVOLUCIÓN DE SU FONDO DE RESERVA POR ESTAR CESANTE CASO CONTRARIO, TIENE DERECHO A UN PEQUEÑO AUMENTO ADICIONAL A SU PENSIÓN.

SI NO SOLICITO LA RENTA ADICIONAL POR FONDO DE RESERVA

DETALLE DE LAS EMPRESAS E INSTITUCIONES DONDE EL AFILIADO HA COTIZADO

14 N° PATRONAL	15 SECC.	16 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN	17 FECHA DE INGRESO	18 FECHA DE SALIDA

19 DIRECCIÓN DOMICILIARIA	20 FIRMA O HUELLA DIGITAL SOLICITANTE
PROVINCIA CIUDAD CALLE	
N° INTERSECCIÓN TELÉFONO	FECHA

21 CERTIFICACIÓN DEL PATRONO (VER NOTA AL REVERSO)

YO _____ EN MI CALIDAD DE _____
 _____ DE LA EMPRESA _____

N° PATRONAL _____ CUYA DIRECCIÓN ES _____

CERTIFICO, QUE EL SR. _____ PRESTÓ SERVICIOS HASTA EL
 _____ DE _____ DE 200 _____

FECHA DE CERTIFICACIÓN FIRMA Y SELLO DEL PATRONO

22 RESERVADO PARA EL IESS

CERTIFICO:

QUE LA PRESENTE SOLICITUD FUE PRESENTADA EN: _____
 REGIONAL, SUCURSAL, DELEG., INSPECT. _____ FIRMA Y SELLO EMPLEADO RESPONSABLE _____

NOTA PARA EL PATRONO

De acuerdo con la Resolución vigente del Ex - Instituto Nacional de Previsión, de 20 de agosto de 1963, se presumirá que ha habido falsedad y dolo en las declaraciones de cesantía con las cuales los trabajadores han obtenido jubilación, cuando tales trabajadores aparezcan como afiliados activos de la misma empresa que concedió el certificado, dentro del año inmediato posterior a la fecha de su cesantía.

Se exceptúan de esta presunción los casos en que para el reingreso del afiliado al servicio de la misma empresa, dentro del año indicado, se hubiere obtenido calificación previa y favorable del I.E.S.S.

Si la presunción no hubiere sido desvirtuada, el IESS cobrará al patrono, en concepto de multa, el doble del valor de las pensiones pagadas al trabajador hasta el momento del reingreso y, además, suspenderá el servicio de dichas pensiones, el mismo que podrá restablecerse en cuanto el afiliado subsane las causas que produjeron dicha suspensión.

RESERVADO PARA EL IESS

23 EL AFILIADO A QUIEN CORRESPONDE ESTA SOLICITUD, CONSTA REGISTRADO ASÍ:															
								N°	24	CÉDULA DE IDENTIDAD					
-----			-----			-----			AFILIACIÓN "A"						
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES COMPLETOS			AFILIACIÓN "B"						
25	N° PATRONAL	26	TIPO SEGURO	27	DESDE	28	HASTA	25	N° PATRONAL	26	TIPO SEGURO	27	DESDE	28	HASTA
29 INFORME ADICIONAL										30 FECHA		31 FIRMA			

INFORME DE AFILIACIÓN

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

CERTIFICACION DE DERECHOS PARA JUBILACION POR:

VEJEZ _____ INVALIDEZ _____

Los suscritos, en conocimiento de las responsabilidades administrativas, pecuniarias, civiles y penales,

CERTIFICAMOS QUE:

El afiliado Sr (a) _____

Afiliación _____ C.I. _____

de la Organización _____ Dispensario _____

Acredita los siguientes períodos de afiliación:

ORGANIZACIÓN	DESDE	HASTA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Períodos en los cuales ha estado asegurado en el Seguro Social Campesino cumpliendo las condiciones establecidas en el artículo 134 de la Ley de Seguridad Social 2001-55

Para constancia firman, en _____

a, _____ de _____ de _____

Firma Médico Tratante	Firma Auxiliar de Enfermería	Firma representante organizaci
Nombres	Nombres	Nombres
C.I.	C.I.	C.I.

