

**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.

