CAJA DE SEGURO SOCIAL

Anexo 2

DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS

Departamento de Seguridad Ocupacional – Sección de Inspección de Empresas

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES

ANTE EL PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES

No. de Empleador:

Empleador o Razón Social: _____

Nombre del Establecimiento: _____

Dirección Fiscal: _____

Dirección donde funciona actualmente: _____

Apartado: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Ciudad: _____

Registro Público: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☐

Tomo: _____ Folio: _____ Asiento: _____

Patente No.: _____ Clase: _____

Nombre del Representante Legal: _____ Cédula No.: _____ Tel. No. _____

Correo Electrónico: _____ Domicilio: _____

Nombre del Contador Actual _____ Cédula No.: _____ Tel. No. _____

Fecha de Inscripción: _____ Inicio de Operaciones: _____

día mes año día mes año

Actividad económica principal a realizar: _____

_____

Otras Actividades: _____

Turno de Trabajo y Total de Trabajadores por Turno:

De _____ a _____ y de _____ a _____ Cantidad Trabajadores: _____

De _____ a _____ y de _____ a _____ Cantidad Trabajadores: _____

De _____ a _____ y de _____ a _____ Cantidad Trabajadores: _____

Total Horas Semanales: _____

Si subcontrata servicios, detallar: _____

_____

_____ _____

Nombre y Firma del Empleador o Representante Legal Cédula No.

_____ _____

Nombre y Firma del Presidente Cédula No.

_____ _____

Nombre y Firma del Secretario Cédula No.

SELLO DEPTO. INCRIPCION DE EMPLEADORES

COMISION DE CLASIFICACION DE EMPRESAS	SECCION DE INSPECCION DE EMPRESAS		
	Clase	Grado	Prima Provisional
Resolución No. _____			
	Código de Actividad (CIIU)		Fecha
Fecha : _____			
Prima Oficial: ☐			
	Nombre y Firma del Servidor Responsable Fecha: _____		Nombre y Firma del Servidor Público Autorizado Fecha: _____

Anexo 1

CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS

Departamento de Inscripción de Empleadores

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES

CEDULA				NUMERO DE EMPLEADOR		
PERSONA NATURAL						
No. RUC				DIA	MES	AÑO
PERSONA JURIDICA				INICIO RELACION LABORAL		
EMPLEADOR:						
NOMBRE DEL EMPLEADOR O RAZON SOCIAL						
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:						
DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO:						
			CIUDAD, CORREGIMIENTO, BARRIO, CALLE O AVE., No.			
TELEFONO	CELULAR	FAX	CORREO ELECTRONICO	Aviso de Operaciones No.:		
ACTIVIDAD PRINCIPAL :						
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:			DOMICILIO			TELEFONO
NOMBRE Y FIRMA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA ATENDER CUALQUIER ASUNTO RELACIONADO CON LA CSS						
NOMBRE		CEDULA	FIRMA		TELEFONO	
FIRMA DEL EMPLEADOR - REPRESENTANTE LEGAL					CEDULA	
PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL						
CLASE	GRADO	TARIFA		DIA	MES	AÑO
RIESGOS PROFESIONALES					FECHA DE INSCRIPCION	
		NOMBRE Y FIRMA DEL REGISTRADOR AUTORIZADO				

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES
(ANVERSO)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

SOCIEDAD ANONIMA

NOTARIA _____ del circuito de _____
Escritura No.: _____ del _____ de _____ de _____
Se constituye: _____
Presidente: _____
Rep. Legal: _____
Vice-Presidente: _____
Secretario: _____
Tesorero: _____
Ficha: _____ Rollo: _____ Imagen: _____

_____ _____
Inscriptor Fecha

SELLOS