CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE INGRESOS
DEPARTAMENTO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES

FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	**No. SIPE**		**NUEVA**	
AVISO DE OPERACIÓN No.				**No. MAINFRAME**	Prueba	**ACTUALIZACIÓN**	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO							

PERSONA NATURAL / CÉDULA o PASAPORTE	**PERSONA JURÍDICA / No. De RUC**

EMPLEADOR o RAZÓN SOCIAL

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

CIUDAD/CORREGIMIENTO/BARRIO/CALLE/AVENIDA N°/EDIFICIO/PISO ETC.

TELÉFONO FIJO:	**CELULAR:**	**CORREO ELECTRONICO:**	

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL A REALIZAR:

OTRAS ACTIVIDADES: Prueba

SUBCONTRATA ALGÚN TIPO DE SERVICIO ADICIONAL, DETALLAR: Prueba

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Prueba		**No. I.P. CÉDULA-PASAPORTE**	Prueba
DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL			
CORREO ELECTRÓNICO		**TELÉFONO**	Prueba

NOMBRE DEL CONTADOR ACTUAL			
CORREO ELECTRÓNICO		**TELÉFONO CEL/OFIC**	Prueba

NOMBRE Y FIRMA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA ATENDER CUALQUIER ASUNTO RELACIONADOS CON LA CSS

NOMBRE	CÉDULA	FIRMA	TELÉFONO
	Prueba		Prueba

Firma del Empleador - Representante Legal

Cédula / Pasaporte

PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

DÍA	MES	AÑO

FECHA

PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES

COMISIÓN DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS

Resolución No. _____

Fecha de Sesión: _____

OFICIALIZACIÓN

Clase	
Grado	
Prima	%

Nombre y Firma del Presidente

Nombre y Firma del Secretario

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

CLASE	GRADO	PRIMA PROVISIONAL

CÓDIGO DE ACTIVIDAD (CIIU)

FECHA

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Verificador Responsable

Captador Responsable

Observaciones: _____