



CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DE INGRESOS

NOTIFICACION DE CESE DE OPERACIONES

Fecha de Presentación			Número de empleador		
Día	Mes	Año	Cédula de Representante legal o persona natural		
			Celular		
			Teléfono fijo		
Fecha de Cese de Actividades			Correo electrónico		
Día	Mes	Año	Tipo de Cese	Temporal	
				Definitivo	
Nombre y apellidos (Persona Natural)					
Razón Social (Persona Jurídica)					
Denominación Social (Otros)					
Nombre Comercial					

MOTIVO DE CESE DE OPERACIONES

--	--	--	--	--	--

Nombre de apoderado o Representante Legal o Persona Natural	Para uso de la Caja de Seguro Social / Firma y fecha de recepción de documento
Firma de Apoderado o Representante Legal o Persona Natural	

DECLARO Y JURO QUE SON VERDADEROS LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO Y ESTOY ENTERADO DE LOS DELITOS DE PERJURIO Y FALSEDAD DE CONFORMIDAD CN LO ESTIPULADO EN LOS ARTICULOS 368 A AL 368 D 459 Y 460 DEL CODIGO PENAL. TODA INFORMACION AQUÍ SUMINISTRADA SERA VALIDAD POR LOS INVESTIGADORES DE LA DIRECCION DE INGRESOS PARA GARANTIZAR SU VALIDEZ Y CERTEZA.

ESTA NOTIFICACION SE HARA ACOMPAÑAR DE LOS REQUISITOS DESCRITOS EN EL SITIO WEB PARA CESE DE OPERACIONES