



CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE INGRESOS  
DEPARTAMENTO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE NO OBLIGADO**

Señores Caja de Seguro Social, quien suscribe:

Fecha Actual

Nombre(s)

Apellido (s)

Apellido de Casada

Conforme el Artículo 99 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, solicito se me expida la Certificación de No Obligado a inscribirme o afiliarme al régimen de la Caja de Seguro Social, con

Número de Pasaporte

Correo Electrónico

Número de Cédula

Teléfono celular o fijo

Dirección Residencial:

Provincia

Distrito

Corregimiento

Ubicación (Casa, Calle, Urbanización)

En mi condición de:  Representante Legal de la Empresa/Apoderado especial  Persona natural

De la empresa:  Inscrita con el RUC o en el R.P.:

RUC (Registro Unico del Contribuyente) o RP (Registro Público)

Girada a nombre de:

**DETALLE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD:**

Participación de Acto Público

Cobro de Cuentas

Disolución de Empresa

Firma de Contrato

Declaración de Renta

Compra Menor

Cesión de Crédito

Préstamos Bancarios

Suministros Varios

Proyecto u Obra de Construcción

Otros (Detalle): \_\_\_\_\_

**Servicios Especiales(Persona Natural-Persona Jurídica)**

Seminarios  Publicidad  Arrendamiento  Patrocinio Otros (Detalle): \_\_\_\_\_

"Declaro bajo la gravedad de juramento, que toda la información y los datos suministrados en el presente documento, son veraces y exactos y constituyen prueba de mi condición de NO OBLIGADO A INSCRIBIRME EN EL RÉGIMEN DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, necesario para la expedición de la certificación requerida en el Artículo 99 de la Ley 51 de 27 de diciembre 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social".

**"SEÑORES USUARIOS, PARA TRAMITAR LA CERTIFICACIÓN, DEBE PRESENTAR O ESCANEAR TODOS LOS DOCUMENTOS QUE HAGAN CONSTAR QUE NO ESTÁ OBLIGADO A INSCRIBIRSE COMO EMPLEADOR EN LA CAJA DE SEGURO SOCIAL"**

Estoy de acuerdo con el pago de B/.1.00 por certificado, por lo cual me expida (n) \_\_\_\_\_ Certificación(es)

por un valor total de B/./\_\_\_\_\_ Atentamente,

Firma del Representante Legal o Persona Natural

**Recibido en la Caja de Seguro Social por:**

Nombre del Funcionario

Cargo

Firma del Funcionario Responsable

Fecha

Hora

Número de Recibo de Cobro