



Manual para Nuevos Empleadores



VISION INSTITUCIONAL

Ser Modelo de Excelencia en la Seguridad Social

MISIÓN INSTITUCIONAL

Brindar Servicios de Salud en Forma Integral y Prestaciones Económicas de manera ágil, eficiente, Humana y oportuna con una relación directa entre colaboradores y asegurados

NUESTROS VALORES:

Pasión por lo que hacemos

Comunicación

Trabajo en Equipo y orientado a resultados

Enfoque

Compromiso

Transparencia

Honestidad

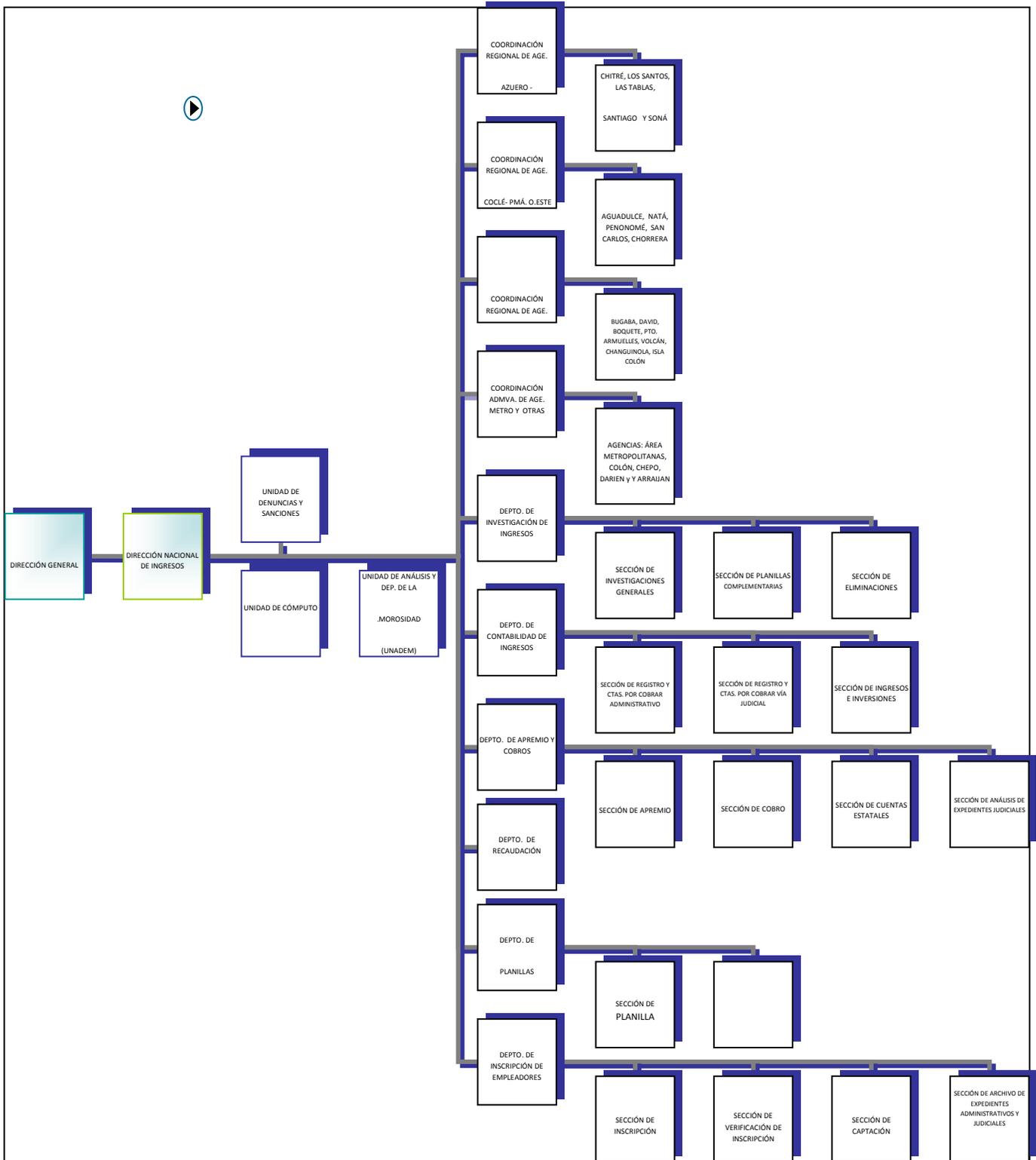
Responsabilidad

Pertenencia

Calidad y Calidez

Respeto

Sentido Solidario



DEPARTAMENTO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES

INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES

GENERALIDADES

¿QUÉ ES INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES?

Se entiende por Inscripción la formalización que lleva a cabo el empleador para notificar a la Caja de Seguro Social su existencia y sus generales y al proceso mediante el cual la CSS le asigna un número de identificación (Número de Empleador), el cual le identificará de acuerdo a su ubicación geográfica y al tipo de actividad comercial a la cual se dedica la empresa. Bajo este número llevará a cabo todas las transacciones y relaciones con la Caja de Seguro Social mientras dure su existencia como Empleador.

¿QUIÉNES DEBEN INSCRIBIRSE?

Toda Persona Natural o Jurídica de derecho público o privado que opere en el territorio nacional y que exista una relación Empleado-Empleador.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR EMPLEADOR?

Para los efectos de la Caja de seguro Social “Empleador” es toda Persona Natural o Jurídica de derecho público o privado que use los servicios de un trabajador en virtud de un contrato de trabajo expreso o tácito, mediante el pago de un salario o sueldo (Artículo 1 – Ley Orgánica CSS).

¿CUÁNDO TIENE QUE INSCRIBIRSE?

Todo Empleador debe presentar la Solicitud de Inscripción de Empleador desde el momento en que se inicie la relación Empleado-Empleador al menos con un (1) trabajador y pagar las correspondientes cuotas Empleado-Empleador desde el inicio de dicha relación laboral.

Artículo 87: “*Todo Empleador debe inscribirse dentro de los seis primeros días de inicio de operaciones*”

¿QUÉ DEBE HACER EL EMPLEADOR PARA LOGRAR SU INSCRIPCIÓN?

Debe presentarse a las oficinas del Depto. de Inscripción de Empleadores ubicadas en la Dirección de Ingresos de la Caja de Seguro Social, ubicadas en Clayton, Edificio 520, PB, o a

las Agencias de Servicio al Usuario en la ciudad capital, o en cualquiera de las Agencias del interior de la República, según le corresponda de acuerdo a la ubicación geográfica en que opere.

¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA LA INSCRIPCIÓN?

La Inscripción del Empleador se lleva a cabo tan pronto el Empleador presente su solicitud y haya cumplido con los requisitos exigidos. Una vez formalizada la Inscripción se le entregará la documentación que acreditará el resultado de la Solicitud (copia Sellada) y se le hará entrega de su contraseña y usuario y se le brindará asesoramiento.

La Caja de Seguro Social se reserva el derecho de llevar a cabo las verificaciones que estime conveniente, tendientes a establecer la veracidad de la información contenida en la Solicitud de Inscripción. Podrá realizar investigaciones a través de los Investigadores de Ingresos, libros contables y/o entrevistas con los empleados.

¿QUÉ DEBE HACER EL EMPLEADOR DESPUÉS DE HABER FORMALIZADO LA INSCRIPCIÓN?

- Descargar la Firma Digital y crear el usuario del Elaborador
- Formalizar las Afiliaciones de los empleados que no estén afiliados vía WEB.
- Hacer los Avisos de Entrada de todos los empleados
- Declarar la planilla a través de la Plataforma SIPE.

REQUISITOS

- Que el empleador haya iniciado operaciones con al menos un (1) trabajador
- Listado de los empleados indicando: nombre completo, No. de Seguro Social (si lo tiene), No. de Cédula, fecha de inicio de labores y cargo.
- Llenar y firmar debidamente la “SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES ANTE EL PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES”
- Llenar y firmar la solicitud de Inscripción de Empleadores.
- Llenar y Firmar el Contrato de Firma Digital. El Contrato debe ser entregado personalmente por el Representante Legal, o en caso contrario por persona autorizada con Poder Notariado, para la entrega del Sobre Confidencial.
- Si es Persona Natural, Aviso de Operación y copia de Cédula ó pasaporte ó carnet de Migración vigentes del Representante Legal.

- Si es Persona Jurídica, Certificado de Registro Público vigente o Pacto de Constitución, Aviso de Operaciones en caso que se amerite, copia del formulario del Registro Único de Contribuyente en las inscripciones con RUC NT y copia de cédula, pasaporte o carnet de migración vigente del Representante Legal

Para las Agencias de Seguridad, Copia del permiso para portar armas emitido por el Ministerio de Gobierno.

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA INSCRIPCION DE ENTIDADES ESTATALES

- ✓ Que la institución cuente con colaboradores.
- ✓ Llenar y firmar debidamente la “SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES ANTE EL PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES” .WEB o formulario Sección de Inspección de Empresas – Inscripción de Empleadores hasta agotar existencia.
- ✓ Llenar la SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES. WEB o tarjeta de inscripción hasta agotar existencia.
- ✓ Copia de cédula del Representante Legal.
- ✓ Copia del acta de toma de posesión del Representante Legal.
- ✓ Copia del decreto donde crea la entidad.
- ✓ Listado de los colaboradores indicando: Nombre completo, Número Seguro Social,(si tiene) Núm. Cédula, Salario, Fecha inicio de labores y cargo.
- ✓ Nota que autoriza la entrega de los documentos de inscripción y recibo del sobre confidencial de la firma digital si la presentación de los documentos la efectúa una persona distinta al Representante Legal, con copia de cédula del apoderado, sin ser notariado.

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA ACTUALIZACION DE DATOS

- ✓ Para la actualización del Representante Legal y Razón Social y nombre del establecimiento si es persona jurídica: Llenar y firmar la SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES. WEB o tarjeta de inscripción hasta agotar existencia, copia de cédula del Representante Legal, acta de reunión del cambio de dignatarios y cambio de cláusulas, copia del Aviso de Operaciones.
- ✓ Para la actualización de dirección, correo teléfono: Solicitud de Inscripción (WEB) o tarjeta de inscripción, copia de cédula de Representante Legal.
- ✓ Para la actualización de la fecha de inicio de labores: Solicitud de Inscripción (WEB), o tarjeta de inscripción, copia de cédula del Representante Legal, una vez investigada la empresa por la Sección de Verificación.

También puede acceder a la página Web de la Caja de Seguro Social, www.css.gob.pa, ícono de Trámites y Formularios, seleccionar Inscripción de Empleadores donde se detallan los requisitos. Se puede llenar la Solicitud de Inscripción y Contrato de SIPE directamente en la computadora e imprimirlos y llevarlos a nuestras oficinas.

Llevar todos los requisitos y formularios debidamente completados y firmados a las Oficinas o Agencias de la CSS. Se verificará la información, se vinculará el Empleador a SIPE y se le entregará el sobre confidencial con el cual podrá ingresar a la plataforma SIPE para hacer sus registros y obtener su número de empleador, el cual podrá observar inmediatamente ingrese con el Usuario y Contraseña del Elaborador.

Artículo 88: *“Así como existe la obligación de inscribirse, así mismo deberá notificar el Cese de Operaciones”*

Todos los formularios se encuentran listos para llenar e imprimir en nuestra pagina www.css.gob.pa



CAJA DE SEGURO SOCIAL

Anexo 2

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: _____

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: _____

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. INSCRIPCION DE
EMPLEADORES

<p>COMISION DE CLASIFICACION DE EMPRESAS</p> <p>Resolución No. _____</p> <p>Fecha : _____</p> <p>Prima Oficial: <input type="checkbox"/></p>	SECCION DE INSPECCION DE EMPRESAS		
	Clase	Grado	Prima Provisional
	Código de Actividad (CIU)		Fecha
	Nombre y Firma del Servidor Responsable		Nombre y Firma del Servidor Público Autorizado
	Fecha: _____		Fecha: _____



CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS
Departamento de Inscripción de Empleadores
SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES

Anexo 1

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			
ACTIVIDAD PRINCIPAL :						
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:		DOMICILIO		TELEFONO		
NOMBRE Y FIRMA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA ATENDER CUALQUIER ASUNTO RELACIONADO CON LA CSS						
NOMBRE		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			
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>						
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

INSCRIPCION DE EMPLEADORES Y AFILIACION DE TRABAJADORES DOMESTICOS

Podrán ser declarados para su Afiliación al Régimen del Seguros Social los empleados domésticos que se dediquen en forma habitual y continua a las labores de aseo, asistencia y otras propias del hogar o de otro sitio particular. Los trabajadores domésticos gozaran de las mismas prestaciones y derechos que tienen los trabajadores incluidos dentro del Región Obligatorio.

REQUISITOS

Quedan excluidos del concepto de Trabajadores Domésticos:

1. Los parientes dentro del 4to. Grado de consanguinidad o 2do de afinidad y los hijos adoptivos o de crianza del empleador.
2. Los que prestan servicios amistosos o de buena vecindad.
3. Los trabajadores que prestan servicios de naturaleza análoga a varios empleadores.
4. Aquellos trabajadores que prestan servicios de naturaleza doméstica por menos de tres (3) días a la semana para un mismo empleador.
5. Los menores de catorce (14) años.
6. Aquellos que no mantienen relación de trabajo con el empleador.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

1. Cédula del empleador, si es extranjero pasaporte o carné de migración.
2. Cédula del empleado, si es extranjero pasaporte o carné de migración. Si es menor de edad, carta de autorización de uno de los padres y Certificado de Nacimiento en original expedido por el Registro Civil.
3. Solicitud de Inscripción de Empleadores Domésticos debidamente completado y firmado.
4. Llenar y firmar el Contrato de Firma Digital. El Contrato debe ser entregado personalmente por el Representante Legal, o en caso contrario nota de autorización a persona autorizada, para la entrega del Sobre Confidencial.

CAJA DE SEGURO SOCIAL



DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS
DEPARTAMENTO DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES
SOLICITUD DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES DOMESTICOS

Por este medio yo, _____, con No. _____
Cédula, Pasaporte o Carnet de Migración

y residencia en _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Solicito la inscripción del trabajador doméstico a mi servicio, cuyas generales detallo a continuación:

Nombre: _____ No. _____
Cédula, Pasaporte o Carnet de Migración

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social No.: _____

Fecha de inicio de labores: _____ Dias por Semana: _____

Ejerciendo las labores de: _____, devengando un salario de B/. _____

Parentesco Empleado-Empleador: NO SI Parentesco: _____

Dando fe de que los datos aquí anotados son correctos y de que no ser así aceptamos la responsabilidad que establece la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL TABAJADOR

PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Empleador Inscrito con anterioridad: NO SI Empleador No.: _____

El Empleador Inscrito se encuentra: AL DIA MOROSO ___ meses moroso

En atención a la presente solicitud, se otorga el No. de Empleador _____
y su inscripción de hace efectiva a partir del mes cuota: _____

Firma del Inscriptor Autorizado

Firma Jefe de Sección de Inscripción
De Empleadores

Panamá, _____ de _____ de _____

CARTA CESE LABORES EMPLEADOS DOMESTICOS

Panamá, ____ de _____ de 20____

Señores

Caja de Seguro Social

Depto. de Inscripción de Empleadores

Respetados Señores:

Yo, _____, con Cédula No. _____,
y No. de Empleador _____, notifico que _____
con Cédula No. _____, asegurada(o) bajo el N° de identificación _____,
cesó labores en mi residencia, desde el día _____ de _____ de 20____;
por consiguiente, les solicito que sean suspendidas las facturaciones mensuales en su sistema
informático.

Agradeciendo la atención que se le brinde a esta solicitud,

Atentamente,

Cédula No.: _____

AFILIACION DE ASEGURADOS VOLUNTARIOS

GENERALIDADES

La Caja de Seguro Social reglamentará las condiciones de admisión de los asegurados voluntarios. En el Artículo 42, párrafo 3 señala que las personas que soliciten el ingreso al Seguro Voluntario, deberán cubrir el 50% del costo de los exámenes requeridos para el ingreso, realizados a través de facultativos de la Caja de Seguro Social. El valor de este servicio será de B/.47.00, fijado por la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas en función al costo imputable a la prestación del servicio médico brindado.

La base mínima para participar del régimen de Seguro Voluntario será de B/.300.00 (Trescientos balboas con 00/100)

Los Asegurados voluntarios que aspiren a incrementar o disminuir su cotización deben por lo menos haber cotizado tres (3) años con base al ingreso inicialmente aprobado.

Queda excluido de dicho régimen:

- Por el no pago de cuotas por tres (3) meses consecutivos
- Por renuncia expresa
- Cuando la Caja de Seguro Social verifique que alguno de los datos suministrados por el asegurado sea falso.

La morosidad por tres (3) o más meses será objeto de cobro coactivo por parte de la Institución.

REQUISITOS

Pueden ingresar voluntariamente al régimen de la Caja de Seguro Social:

GRUPO A – Trabajadores que hayan dejado de estar sujetos al Régimen Obligatorio

- Tener acreditadas al menos 36 cuotas (equivalente a 3 años de trabajo o más)
- Presentar la solicitud en un plazo no mayor de seis (6) meses, contados a partir del último mes en que estuvo sujeto al Régimen Obligatorio. Nota: este grupo no requiere examen medico.

GRUPO B – Personas Naturales que no estén sujetas al Régimen Obligatorio de la CSS.

- Declaración jurada de los ingresos percibidos durante el último año, en el caso de quienes reciben un ingreso o en caso contrario, que carece de los mismos.

GRUPO C – Personas Naturales domiciliados en el territorio nacional al servicio de Organismos Internacionales

- Carta del Organismo Internacional que indique: Cargo que desempeña, Salario (por año), fecha Inicio de Labores.

GRUPO D – Personas Naturales al servicio de Misiones Diplomáticas y Consulares acreditadas en Panamá

- Carta de la Embajada o Misión Diplomática que indique: Cargo que desempeña, Salario (por año), fecha Inicio de Labores.

GRUPO E – Hombres o mujeres mayores de edad, o menores emancipados, que se dedican de manera exclusiva a la atención y cuidado de su familia.

- Declaración Jurada de que no percibe ingresos propios

GRUPO F – Independientes No Contribuyentes o Informales que no estén sujetos a la Afiliación Obligatoria

- Declaración Jurada de los ingresos percibidos durante el último año.
- Certificación o Referencia de la actividad a la que se dedica.

GRUPO G – Independientes Contribuyentes, que no estén sujetos al Régimen Obligatorio - (Mayores de 35 años al 1 de enero de 2007)

- Copia de la última declaración de renta (adjuntar recibo de recepción)
- Certificación o referencia de la actividad a la que se dedica.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

Adicional a lo requerido a cada grupo en particular,

- Llenar la solicitud y llevarla personalmente a nuestras oficinas en Clayton, edificio 520 PB.
- Cédula de identidad personal o pasaporte, si es extranjero y copia.
- Carnet del Seguro Social, si ha cotizado anteriormente y copia.
- Someterse a exámenes médicos. Al presentar la solicitud se le dará la referencia médica.



CAJA DE SEGURO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADORES

SEGURO VOLUNTARIO

Nombre completo del solicitante: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Cédula No.: _____ Pasaporte No.: _____ SS No.: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

BASE MINIMA IMPONIBLE DE ACUERDO AL GRUPO

- A. Los trabajadores que hayan dejado de estar sujetos al Régimen Obligatorio
- B. Las personas naturales que no estén sujetas al Régimen Obligatorio del SS
- C. Los trabajadores domiciliados en el territorio nacional al servicio de Organismos Internacionales
- D. Los trabajadores al servicio de Misiones Diplomáticas y Consulares acreditadas en el país
- E. Los hombres y mujeres mayores de edad, así como menores emancipados que se dedican de manera exclusiva a la atención y cuidado de su familia
- F. Los independientes no contribuyentes o informales
- G. Los independientes contribuyentes que no estén sujetos a la afiliación obligatoria (Mayores de 35 años al 1 de enero de 2007)

Dependientes o beneficiarios que tiene el interesado:

ESPOSA
HIJOS
PADRES

Para la afiliación al Régimen Voluntario, solicito se considere:

Ingreso Bruto
Renta

En caso de que el asegurado voluntario este incluido entre los puntos C ó D, sírvase llenar este espacio.

Lugar de trabajo: _____

Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información suministrada en este documento es veraz.

FIRMA (Igual a la cédula)

Fecha presentación de solicitud

CONTRATO DE FIRMA DIGITAL SISTEMA DE INGRESOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS (SIPE)

GENERALIDADES

Con la implementación de la Plataforma SIPE es requisito indispensable vincularse al Sistema para realizar todas las transacciones inherentes a la relación empleado – empleador con la Caja de Seguro Social.

REQUISITOS

En el evento que el Representante Legal no pueda acudir personalmente a las oficinas de la CSS a presentar el Contrato de Firma Digital, podrá enviarlo con la persona de su elección. Esta persona debe presentar un Poder Notariado en el que se le autorice para la presentación y recibo del Sobre Confidencial que le será entregado y que permitirá el acceso al SIPE y descargar la Firma Digital del Representante Legal.

1. Retirar el contrato del SIPE para ser firmado por el Representante Legal.
2. Luego de recibir el contrato firmado se le entregara un sobre cerrado que contendrá la Firma Digital.
3. Digitalará el Usuario y Contraseña en los campos correspondientes con los dígitos que le indican en el sobre confidencial que se le otorgó.
4. Por seguridad el sistema le obliga que cambie el usuario y contraseña.
5. Procede al cambio de su usuario y la “contraseña” según se lo indica la aplicación informática, la contraseña, debe contener como mínimo ocho (8) caracteres (alfanuméricos); estos deben contener por lo menos una letra en mayúscula y un número. Utilizar la contraseña que sea de su preferencia.
6. Luego de ingresar correctamente el nombre de Usuario y Contraseña, coloque su número de cédula y presione el botón “aceptar”.
7. Si usted registró y olvido su clave no podrá ingresar al sistema.
8. El sistema tiene la opción de guardar el nombre del usuario y contraseña en el equipo con solo dar clic en el cuadro “recordar en este equipo”.
9. Seguir los pasos que indica la plataforma informática para generar la firma digital.
10. Guardar la firma digital en un medio magnético o en el disco duro de su computadora (según su preferencia).



CAJA DE SEGURO SOCIAL
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CONTRATO DE FIRMA DIGITAL
SISTEMA DE INGRESOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS (SIPE)

El contrato se debe imprimir en papel bond 8 ½ x 11. Imprimir en ambas caras (Contrato y confirmación entrega sobre firma digital)

PARTE FRONTAL DEL CONTRATO

Nombre del Campo	Indicaciones
SECTOR No.	Dejar el campo en blanco (para uso del Depto. de Inscripción)
EMPLEADOR No.	Anotar el número de empleador que figura en la Planilla mensual
No. DE EMPLEADOR EN SIPE	Anotar el número asignado en SIPE, si no lo sabe dejar el campo en blanco, en la Agencia será anotado
NOMBRE DEL EMPLEADOR	Anotar el nombre de la empresa si es sociedad anónima, del propietario si es persona natural o de la entidad pública
REPRESENTANTE LEGAL	Nombre del Representante Legal en caso de sociedades anónimas o entidad estatal o nombre del propietario si es persona natural
CEDULA No.	Anotar el número de cédula de identidad personal del Representante Legal o No. de pasaporte si es extranjero.
FECHA	Aquí se anota la fecha de firma del documento
FIRMA	En este espacio solo puede firmar el Representante Legal de la empresa, cuyo nombre aparece en el campo de Representante Legal

REVERSO DEL CONTRATO

	Dejar en blanco todos los campos, estos serán llenados en las oficinas de la CSS al momento de su presentación.
--	---

En el evento que el Representante Legal no pueda acudir personalmente a las oficinas de la CSS a presentar el Contrato de Firma Digital, podrá enviarlo con la persona de su elección. Esta persona debe presentar un Poder Notariado en el que se le autorice para la presentación y recibo del Sobre Confidencial que le será entregado y que permitirá el acceso al SIPE y descargar la Firma Digital del Representante Legal.



CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS

REGISTRO DE FIRMA DIGITAL PARA PROCESOS CON LA CAJA DE SEGURO SOCIAL A TRAVES DEL SISTEMA DE INGRESOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS (SIPE)

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____ CÉDULA N°: _____

Por este medio, los abajo firmantes, a saber: _____ Jefe del Departamento de Inscripción de Empleadores (o Agente Administrativo), quien en adelante se denominará **LA OFICINA DE INSCRIPCIÓN**, en nombre y en representación de la Caja de Seguro Social, quien en adelante se denominará **LA CAJA**, y el representante legal del empleador, identificado en líneas superiores, quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR**, hacen constar lo siguiente:

PRIMERO: Que a la firma del presente documento **LA OFICINA DE INSCRIPCIÓN** hará entrega a **EL EMPLEADOR** de un "Sobre Confidencial" contentivo del Usuario y Contraseñas que le permitirán obtener a través del Sistema de Ingresos y Prestaciones Económicas, de **LA CAJA**, mejor conocido con las siglas **SIPE** la Firma Digital que le identificará en las gestiones que éste realice en **LA CAJA** y de Firma Digital adicional que será utilizada por la persona que **EL EMPLEADOR** autorice a lo interno de su empresa, que para los efectos del **SIPE** será denominado **EL ELABORADOR**.

SEGUNDO: Queda entendido que todo trámite o gestión que **EL EMPLEADOR** realice a través del **SIPE** y que lleven su Firma Digital o la de **EL ELABORADOR, LA CAJA** los considerará debidamente firmados y surtirán todos los efectos legales que de allí se deriven.

TERCERO: La Firma Digital será utilizada en trámites y gestiones que se procesan a través del **SIPE**, tales como: Inscripción del Empleador, actualización de las generales del empleador contenidas en la inscripción, notificación del Aviso de Entrada y de Salida de los trabajadores, declaración de las planillas mensuales y/o complementarias, solicitudes de certificaciones de deuda y/o de Paz y Salvo, gestionar convenios o arreglos de pago para la cancelación de deudas; y aquellos otros servicios que sean incluidos en el **SIPE**.

CUARTO: EL EMPLEADOR se obliga a notificar formalmente a **LA CAJA** cualquier cambio en sus generales, al igual que la pérdida de la firma digital o cualquier otra situación que comprometa su firma, tan pronto ocurran; será a partir de ese momento en que **LA CAJA** se considerará notificada. Queda entendido que **EL EMPLEADOR** será responsable de la utilización de la firma, hasta el momento en que haga la correspondiente comunicación a **LA CAJA**, quedando ésta relevada de toda responsabilidad en cuanto a las transacciones que se realicen con la firma asignada a **EL EMPLEADOR**.

QUINTO: Queda entendido que las Firmas Digitales recibidas por **EL EMPLEADOR** no podrán ser utilizadas en trámites distintos a los de **LA CAJA** sin su autorización, en caso contrario **EL EMPLEADOR** responderá civil y penalmente.

Para constancia se firma hoy ____ de _____ de _____

EL EMPLEADOR (o Representante Legal)

POR LA OFICINA DE INSCRIPCIÓN

Cédula: _____

Cédula: _____

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS

**CONFIRMACION DE ENTREGA DE SOBRE CONFIDENCIAL CONTENTIVO DE
USUARIO Y CONTRASEÑA**

EMPLEADOR N°: _____

SOBRE CONFIDENCIAL N°

Por este medio hago constar que he recibido el sobre confidencial arriba indicado.

Teléfono No.: _____

Correo electrónico: _____

RECIBIDO POR LA EMPRESA:

Representante Legal o Apoderado

ENTREGADO POR:

CAJA DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE: (usar letra de imprenta)

NOMBRE: (usar letra de imprenta)

Firma: _____

Cédula N°: _____

Firma: _____

Cédula N°: _____

Dado en la ciudad de _____, Agencia de _____, a los ____ días del
mes de _____ del año 20 ____

CERTIFICADO DE NO OBLIGADO A INSCRIBIRSE AL REGIMEN DE LA CSS PARA PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS

GENERALIDADES

El Departamento de Inscripción de Empleadores, brinda el servicio de Certificación de no Obligado a Inscribirse, dando cumplimiento a la Ley 51 Orgánica de la Caja del Seguro Social del 27 de Diciembre del 2005, que en su artículo 99 señala lo siguiente: “Obligación de presentar Paz y Salvo de la Caja de Seguro Social. En los actos públicos y los pagos que por concepto efectúe el Gobierno Nacional, los Municipios, las Instituciones Autónomas o Semiautónomas y las Entidades Públicas descentralizadas, los proponentes y los contratistas estarán obligados a presentar un Certificado en el que se compruebe que están Paz y Salvo en el pago de las cuotas del Seguro Social. Si una Persona Natural o Jurídica que requiriendo un Paz y Salvo, no estuviera obligada a inscribirse o afiliarse al régimen de la Caja de Seguro Social, en virtud de lo dispuesto en esta Ley, la Institución emitirá una Certificación haciendo constar tal situación, la cual para este fin, tendrá la misma validez que un Paz y Salvo.”

REQUISITOS

No estar obligado a inscribirse al régimen de la Caja del Seguro Social.

No tener ningún trabajador a su servicio

DOCUMENTOS A PRESENTAR

- Llenar la Solicitud en original, firmada por el Representante Legal o Persona Natural. Adjuntar copia de cédula o pasaporte.
- Certificado de Registro Público actualizado (original y copia) ó Pacto de constitución.
- Copia de Aviso de Operaciones,
 - Licitación o Acto Público: Detalle del Sitio WEB Panamá Compra o Cotización.
 - Cobro De Cuenta: Copia de la factura Fiscal, original y copia o Contrato de Servicio Prestado.
- Empresas en proceso de disolución, entregar copia de: cédula del representante legal, Acta de Constitución y Acta de Disolución o documento que garantice la disolución.

DEPARTAMENTO DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NO OBLIGADO A INSCRIBIRSE AL REGIMEN DE LA CSS

Panamá, ____ de _____ de _____

Señores

Caja de Seguro Social

E. S. D.

Quien suscribe _____, con CIP No. _____, en mi condición de

Representante Legal o Persona Natural de la empresa: _____, inscrita en el Registro Público con el número _____, teléfono _____, correo electrónico _____, solicito **Certificado de No Obligado a Inscribirse al Régimen de la Caja de Seguro Social**, a nombre de _____, el cual se requiere para:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Participación de Acto Público | <input type="checkbox"/> Cobro de Cuentas |
| <input type="checkbox"/> Disolución de Empresa | <input type="checkbox"/> Proyecto u Obra de Construcción
(si subcontrató, presentar copia del Contrato) |
| <input type="checkbox"/> Entrevista o Contrato de Trabajo | |
| <input type="checkbox"/> Préstamos Bancarios | <input type="checkbox"/> Suministros Varios |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

SERVICIOS ESPECIALES (Persona Natural)

- Divulgación Radial, Periódico, Anuncio, Propaganda
- Arrendamiento (Persona Jurídica)
- Seminarios
- Corredores de Aduana
-

Detalle

Renovación de Certificado para Persona Natural

Llenar la solicitud y presentar copia del Certificado mas reciente (Sólo para Servicios Especiales). Estamos de acuerdo en que se expida(n) _____ certificado(s) a un costo de B/.1.00 por certificado. (Valor total B/.)

Atentamente,

Firma Rep. Legal o Persona Natural

Nombre y firma del funcionario

Fecha: _____ Hora: _____

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE INGRESOS

Para garantizar que todas las empresas cumplan con la inscripción obligatoria al Régimen de Seguridad Social, este Departamento lleva a cabo visitas a los centros de trabajos, cumpliendo con el artículo 8 de la Ley 51 de diciembre de 2005.

Artículo 8 - Ley 51 del 27 de diciembre de 2005

Inspección de lugares de trabajo y recaudación de información. La Caja de Seguro Social tiene la facultad de inspeccionar los lugares de trabajo de todas las personas sujetas al régimen de Seguro Social y de examinar sus libros de contabilidad, sus planillas, sus listas de pago, sus declaraciones de pagos a terceros y todos aquellos documentos que sean necesarios, para verificar y comprobar el pago de sueldos, salarios y gastos de representación, así como el cumplimiento por parte de los empleadores de sus obligaciones para con la Institución, tanto en materia de cotizaciones como de salud ocupacional. La Caja de Seguro Social, de ser necesario, podrá solicitar la ayuda de la Policía Nacional, que tendrá la obligación de asistirle.

Las personas sujetas al régimen de la Caja de Seguro Social están obligadas a suministrar a la Institución toda la información que esta requiera a efectos de determinar el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos, así como a dar facilidades pertinentes para las inspecciones que sean necesarias. La negativa de cumplir con esta obligación será sancionada de conformidad con lo dispuesto en esta Ley.

Si en el curso de una investigación para determinar el pago correcto de cuotas, la institución detecta hechos que a su criterio, puedan constituir incumplimiento de leyes migratorias, de trabajo u otras disposiciones legales vigentes, estará en la obligación de notificar al Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, a la Dirección General de Migración y Naturalización del Ministerio de Gobierno y Justicia o la entidad correspondiente de tal situación, y podrá remitirles a dichas entidades la información recabada sobre tales hechos.

Igual obligación tendrá el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, la Dirección de Migración y Naturalización del Ministerio de Gobierno y Justicia o cualquiera otra entidad del Estado que, en el curso de una investigación dentro del ámbito de sus funciones, detecte hechos que, a su criterio, pueden constituir actos de retención indebida y evasión de cuotas a la Caja de Seguro Social



CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DE INGRESOS

CESE DE OPERACIONES

GENERALIDADES

El empleador debe comunicar el Cese de Operaciones de la empresa a la Caja de Seguro social a mas tardar treinta (30) días calendario después de haber presentado la planilla en cero (0), De no cumplir con esta disposición infringe el Artículo 88 de la Ley 51 Orgánica de la CSS del 27 de Diciembre del 2005.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

- Formulario “Solicitud Cese de Operaciones” aportado por la Caja de Seguro Social, debidamente completado y firmado
- Copia de cédula del Representante Legal o persona autorizada en la en la tarjeta de Inscripción
- Declaración de Renta del último año de operaciones de la empresa, si la empresa se encuentra morosa.

En caso de Empleadores que presenten morosidad, se les solicitará además, los siguientes sustentadores:

- Copia de la planilla de declaración de cuotas donde reportaron las liquidaciones de los empleados.
- Copia de los desgloses de liquidación con copia de cédula de los empleados.

Otros



CAJA DE SEGURO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DE INGRESOS

SOLICITUD CESE DE OPERACIONES

Fecha de Presentación			Número de Empleador	Número de Trabajadores
Día	Mes	Año		
Indicar Tipo de Cese de Operaciones			Cédula de Identidad del Representante Legal o Persona Natural	
___ Temporal		___ Definitivo		
Nombre y Apellidos Razón o Denominación Social			Monto de Salario en su ultima planilla	
Nombre Comercial			Fecha de Inicio de Empresa	Fecha de Cese de Actividades
Dirección Física Para Recibir Notificaciones				
Teléfono Fijo		Celular	Correo electrónico	
MOTIVO DE CESE DE OPERACIONES				
Nombre del Representante Legal o Persona autorizada en la tarjeta de inscripción			Para Uso de la Caja de Seguro Social Firma y Fecha de Recepción de documento	
Firma de Representante Legal o Persona autorizada en la tarjeta de inscripción				
DECLARO Y JURO QUE SON VERDADEROS LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO Y ESTOY ENTERADO DE LOS DELITOS DE PERJURIO Y FALSEDAD DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LOS ARTICULOS DEL 368 A AL 368 D 459 Y 460 DEL CODIGO PENAL. TODA INFORMACION AQUÍ SUMINISTRADA SERA VALIDADA POR LO INVESTIGADORES DE LA DIRECCION DE INGRESOS PARA GARANTIZAR SU VALIDEZ Y CERTEZA.				

DEPARTAMENTO DE PLANILLAS

A través del Sistema SIPE (Sistema de Ingresos y Prestaciones Económicas) el empleador presenta su planillas cada mes con los cambios respectivos vía web; para ello se le entrega un sobre que contiene un número serial y contraseña con la que accesa, entra al sistema, verifica la afiliación de sus empleados, incorpora sus avisos de entrada, autoriza mediante la firma el elaborador y el representante legal que estos datos sean correctos.

El empleador tiene del 1 al 25 de cada mes para elaborar su factura y pagar sin recargo e intereses. En este periodo se pueden hacer diversos tipos de corrección a la facturación inicial sin cargo alguno. Pasado el día 20 de cada mes se podrá presentar ajustes a la facturación pero se considerara como planilla complementaria con cargo adicional del 5% de multa.

Con el SIPE la administración de la Información esta totalmente en manos del empleador. Para tales efectos, el módulo de planilla está compuesto de dos partes, siendo la primera la que corresponde a la creación de grupo de empleados o solicitud de la creación de un nuevo grupo, y la segunda parte el proceso de planilla en todas sus etapas.

En tal sentido, los cambios laborales, bajo esta perspectiva, son un recurso especial que sólo podrán manejar y manipular digitalmente; tanto el **Representante Legal**, como el **Elaborador** encargado de los procesos SIPE, de la empresa. El segundo corroborará las acciones que lleve a cabo el Elaborador, ratificándolas con su firma digital.

BENEFICIOS QUE PUEDEN OBTENER SU EMPRESA

1. La planilla será administrada exclusivamente por el empleador, no tendrá necesidad de acercarse a las instalaciones de la CSS para presentarla, pues lo podrá hacer directamente vía web.
2. Se extiende el período de presentación para el envío de las planillas de declaración de cuotas hasta el día 20 de cada mes. La planilla tiene que ser enviada aún cuando en el mes cuota no exista cambios de salarios o que el empleador se encuentre moroso. El envío de la planilla a partir del día 21 estará sujeta a las sanciones correspondientes al artículo No. 77 del Reglamento General de Ingresos.
3. Se extiende el período de pago de las planillas, ya que al momento del envío de las planillas vía web, su facturación se procesa y pueden imprimir el comprobante de pago o aviso de cobro para cancelar el valor de su planilla del mes anterior y pueden realizar el pago aún cuando refleje morosidad de meses anteriores; la entrega de

fichas queda sujeta a la verificación del pago de la deuda. Pasado el último día del mes cuota correspondiente al pago, se cobrará el recargo y los intereses que se establecen en el artículo No. 124 “La mora en el pago de las cuotas” de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005 Orgánica de la Caja de Seguro Social.

4. Cuando las fichas de Comprobación de Salarios cuenten con el **Nombre errado**: dirigirse al Departamento de Afiliación o al área de afiliación en las Agencias Administrativas para corregir los datos que se realizaron al momento de la afiliación.

5. A partir de la implementación del SIPE, para la declaración de los trabajadores debe haberse formalizado la afiliación como asegurado de manera previa, esto permite erradicar inconsistencias en los procesos de acreditamiento de cuotas.

6. Una vez pagada la planilla mediante el comprobante de pago o aviso de cobro, se carga con mayor agilidad el pago en el sistema, por lo que se puede tramitar el paz y salvo al día siguiente vía web.

7. Se actualiza la cuenta individual de los trabajadores.

8. Se agiliza la verificación en el trámite de autenticación de copias de planillas para asuntos Legales o Migratorios, debidamente enviado en el proceso de cambios, para su solicitud deben contar con los siguientes requisitos:
 - a. Nota dirigida a este Departamento en original y dos copias firmada por el Representante Legal de la empresa o la persona que tenga
 - b. Copia de cédula o pasaporte del Representante Legal o persona designada.
 - c. Planilla impresa del mes cuota a solicitar la autenticación

DECLARACIÓN DE CONCEPTOS EN PLANILLAS COMPLEMENTARIAS

Cuál es la metodología que se debe utilizar para la declaración de planillas complementarias con SIPE?

R. Una vez declarada la planilla regular, las complementarias o correcciones en el SIPE son realizadas también directamente vía web por el empleador, mediante Planilla en Corrección. La metodología a seguir en planilla en corrección son las mismas utilizadas en la planilla regular.

DEPARTAMENTO DE RECAUDACION

Es el Departamento encargado de recaudar las cuotas Empleado-Empleador que mensualmente se facturan, así como los préstamos hipotecarios, alquileres y otros conceptos.

Puede realizar sus pagos:

1. En los Cajeros ubicados en las veintiocho (28) Agencias de Servicio al Usuario ubicadas a Nivel Nacional. **TODOS LOS PAGOS DEBERAN SER CON CHEQUES CERTIFICADOS, CHEQUES DE GERENCIA O EN EFECTIVO**, o cualquier otro medio que autorice la CSS, conforme al Artículo 64 de Modalidades de Pago del Reglamento General de Ingresos.
2. A través de las cajas del BNP, sin ningún costo. Solo se podrán pagar en el Banco Nacional la cuota del mes actual, no así letras por convenios, recargos o intereses. Los pagos son acreditados al día siguiente de efectuados.
3. A través del Sistema de Pago ACH

INCORPORACION DE NUEVOS EMPLEADORES AL SISTEMA DE PAGO ACH DIRECTO

GENERALIDADES

Es un programa diseñado para el manejo recurrente de pagos automáticos, que son procesados a través del sistema de la Cámara de Compensación y le permite al Empleador efectuar el pago de sus cuotas Empleado-Empleador en forma mensual, con solo autorizar a la Caja de Seguro Social para que ésta a través del Sistema ACH, realice una transferencia de fondos por el monto de su planilla mensual.

¿Qué beneficios brinda el Sistema ACH Directo?

- Agiliza el pago de las cuotas Empleado-Empleador.
- Evita la necesidad de cumplir con el requisito de hacer el pago de las cuotas con Cheque Certificado o Cheque de Gerencia y el riesgo que conlleva el pago en efectivo.
- Se elimina el riesgo de dejar de cumplir a tiempo con sus obligaciones con la Caja de Seguro Social, ya sea por inadvertencia de la empresa o por hechos fortuitos.
- Evita formar largas filas en las Agencias de la Caja de Seguro Social para efectuar el pago de sus obligaciones.
- Entrega inmediata de las fichas de comprobación de salarios.
- Elimina el riesgo de asalto y robo.
- Disminuye sus costos de mensajería.

Para mayor información, llamar al Depto. de Planillas, tel. 513-3712/57/80

REQUISITOS

1. Retire el formulario "Autorización de Débitos Automáticos ACH" en el Depto. de Planilla de nuestras oficinas ubicadas en Clayton, Edif. 520, 1er piso o en las Agencias de Servicio al Usuario a nivel nacional,
2. Llene el formulario con los datos de la Empresa, Nombre del Banco, Ruta y Tránsito, Número de Cuenta, Monto de la Planilla Mensual y firmas de las personas que figuran en la cuenta del banco. (Ver instructivo para llenar correctamente esta Solicitud)

3. Llene y firme debidamente el formulario “Solicitud de Adscripción al Servicio de Cobro Electrónico de la Cuota Empleado-Empleador por Sistema ACH”
4. Presente ambos formularios ante la Caja de Seguro Social (original y 1 copia de cada uno).
5. Una vez autorizado por el banco será incluido en el sistema dentro del Depto. de Planillas.
6. Para que se incluya el cobro de la transacción en ACH, la planilla de declaración de cuota debe enviarse al día 20 de cada mes. Debe mantener la liquidez necesaria en su cuenta bancaria, que le permita a la Caja de Seguro Social efectuar el debito mensual. En caso de que el débito sea devuelto por el banco, el empleador pagará una multa de B/.5.00 y será excluido del sistema, salvo que la empresa presente recibos de pago de la multa y de la Planilla del mes cuota en curso.
7. Los débitos se realizan el penúltimo día de cada mes.

Nota: Para Mayor información llamar al Departamento de Planilla 513-3712 o 513-3757

Todos los formularios se encuentran listos para llenar e imprimir en nuestra página www.css.gob.pa



CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS
DEPARTAMENTO DE PLANILLAS

SOLICITUD DE ADSCRIPCION AL SERVICIO DE COBRO ELECTRONICO DE LA CUOTA EMPLEADO-EMPLEADOR POR SISTEMA ACH

FECHA :

Día	Mes	Año

La empresa, _____, con No. de Empleador _____, a través de su Representante Legal _____, con cédula de identidad personal No. _____, solicita a la Caja de Seguro Social su incorporación al servicio de cobro de la cuota Empleado-Empleador por medio del Sistema ACH

De ser aceptada esta solicitud por la Caja del Seguro Social, la empresa se compromete a lo siguiente:

1. Realizar el pago de la Cuota Empleado-Empleador y otros conceptos, consignados en la facturación mensual que emite la Caja de seguro Social, el penúltimo día hábil de cada mes.
2. Realizar el pago de un balboa (B/.1.00) mensual en concepto de utilización del servicio de cobro electrónico, el cual será incluido en la facturación mensual de la empresa.
3. En caso de que la transacción bancaria sea rechazada y que la causa del rechazo sea atribuible a la Empresa, la misma asumirá el cargo de cinco balboas (B/.5.00) y cualquier otro cargo adicional en el que se incurra.
4. La empresa autoriza a la Caja de Seguro Social, que en el evento de que el Sistema ACH, notifique que no procede el débito autorizado a la cuenta bancaria, esta será excluida del beneficio de este servicio, salvo que la empresa presente recibos de pago de la multa y de la Planilla del mes cuota en curso.
5. La empresa se compromete con la Caja de Seguro Social a mantener al día el pago de la cuota Empleado-Empleador y otros conceptos.
6. En el caso que la Empresa sea objeto de un alcance de auditoria o se le emitan planillas complementarias por cualquier causa, de no cancelarlas de forma inmediata y por el contrario, formaliza un Convenio de Pago, se mantendrá en el sistema ACH el cobro de la facturación regular y en cuanto al convenio, se harán los pagos acordados en el área de Recaudación de la Caja de Seguro Social.
7. La empresa estará oficialmente incorporada al Servicio de Cobro Electrónico , una vez la Caja de Seguro Social reciba la Autorización de Débito debidamente aceptada por el Banco correspondiente y se cumplan con todas las formalidades requeridas.

Representante Legal

Depto. de Planillas de la Dirección
Nacional de Ingresos de la CSS

INSTRUCTIVO PARA LLENAR AUTORIZACION AL SERVICIO DE COBRO ELECTRONICO DE LA CUOTA EMPLEADO-EMPLEADOR POR SISTEMA ACH

Nombre del Campo	Indicaciones
FECHA	Día, mes y año de la solicitud
NUMERO DE EMPRESA	Colocar 0770002440
AUTORIZAMOS A	Caja de Seguro Social
Marcar	Cuenta Corriente o de Ahorros
BANCO RECIBIDOR	Nombre de la Entidad Bancaria donde posee su cuenta para realizar los pagos a la Caja de Seguro Social
RUTA Y TRANSITO	Según corresponde, ver listado adjunto
NUMERO DE CUENTA	Número de cuenta a la cual se le harán los débitos
POR LA SUMA DE	Monto aproximado de su planilla mensual en números y letras - Marcar la casilla Monto Variable Máximo
NOMBRE	Nombre de la Cuenta
Cédula	Representante Legal, presentar copia de cédula
Firma	Si es Cuenta Conjunta, colocar al menos dos
Fecha de Expiración	Indefinida
Referencia	Nombre de la persona de contacto con la empresa, teléfono, correo electrónico, fax

RUTA Y TRANSITO

Institución Financiera, miembro de la Red ACH	RUTA Y TRANSITO	Institución Financiera, miembro de la Red ACH	RUTA Y TRANSITO
BAC International Bank	000001384	CACECHI	000002529
Balboa Bank Trust	000000168	Caja de Ahorros	000000770
Bancafe	000000018	Capital Bank	000000159
Banco Aliado	000001083	Citibank	000000039
Banco Azteca	000001504	COEDUCO	000002532
Banco Citibank (Panama)	000001465	COESAN	000002516
Banco Delta	000000156	COOPEDUC	000002503
Banco General	000000071	COOPEVE	000002545
Banco Lafise	000000157	Credicorp Bank	000001106
Banco Nacional de Panama	000000013	Global Bank	000001151
Banco Panama	000001601	HSBC Bank (Panama)	000000026
Banco Prival	000000167	Metrobank	000001067
Banco Universal	000001258	MMG Bank	000001478
Banesco	000001588	Multibank	000000372
Banvivienda	000000767	Produbank	000000153
BBVA	000000848	Scotia Bank	000000042
BCT Bank International	000000139	St Georges Bank	000000149
BICSA	000000051	Towerbank	000000408



caja de ahorros

AUTORIZACIÓN DE DÉBITOS AUTOMÁTICOS ACH

Fecha de Emisión:

DÍA	MES	AÑO

Número de Empresa:

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

Por este medio autorizo (amos) a _____ (en lo sucesivo LA EMPRESA), para que en mi (nuestro) nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo EL BANCO), que realice débitos de mí (a nuestra) cuenta: CORRIENTE AHORROS indicada a continuación por los montos también indicados a continuación, y, a la vez, autorizo (amos) a EL BANCO para debitar de la referida cuenta, la suma que LA EMPRESA solicite según lo antes indicado. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta antes indicada se mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegare a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber la suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro (amos) y convengo (amos) que me (nos) hago (cemos) responsable (s) de cualquier sobregiro que resulte y acepto (amos) como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto el importe adeudado, obligándome (nos) a pagar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulten por motivo del sobregiro y convengo (amos) en depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco Recibidor _____

Ruta y Tránsito

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

Número de Cuenta _____

Por la suma de \$ _____

Monto Autorizado en Letras: _____

Monto variable máximo

Monto fijo

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la presente autorización, por este medio relevo(amos) a EL BANCO de toda responsabilidad en relación con cualquier acto que realice conforme a la presente autorización o en caso de que, por cualquier causa, no se hiciera el débito o no se efectuare el pago de la suma solicitada por LA EMPRESA.

Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de expiración especificada a continuación o hasta que EL BANCO reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma firmada por la(s) persona(s) autorizada(s) para el manejo de la cuenta.

Nombre _____

Nombre _____

Cédula o R. U. C. _____

Cédula o R. U. C. _____

Firma _____

Firma _____

Fecha de Expiración _____

Para una sola transacción

Referencia _____

(contrato, póliza de seguro u otros)

Teléfono _____

Fax _____

Correo electrónico _____

Atendido por _____

PARA USO DEL BANCO	
Verificado Por: _____	Sello y Firma de Verificación
Observaciones: _____	

DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBRO

El Departamento de Apremio y Cobro de la Dirección Nacional de Ingresos, actualmente ubicado en el primer piso del Edificio 520 en Clayton, teléfono **513-3687/3583**, al igual que en las Agencias Administrativas del interior de la República, tienen entre sus principales funciones:

- La recuperación por la vía administrativa de la morosidad en concepto de cuotas empleado empleador.
- La prestación de servicios relacionados con los empleadores y empleados.

SOLICITUD DE PAZ Y SALVO – EMPLEADOR ACTIVO

GENERALIDADES

El Paz y Salvo puede ser obtenido en nuestras oficinas en Clayton 520 o en cualquiera de nuestras 27 Agencias de Servicio a Usuario a nivel nacional, a un costo de B/.1.00, o vía electrónica a través de nuestra página: www.css.gob.pa >> [TRAMITES Y CONSULTAS >> CONSULTAS EN LINEA >> PAZ Y SALVO](#) o a través de la pagina de Panamá Tramita: www.panamatramita.gob.pa, sin costo alguno. **Solo para empleadores que estén al día en sus pagos y que no reflejen ningún tipo de deuda en su Aviso de Cobro y Comprobante de Pago.**

REQUISITOS

Estar al día en el pago de las planillas mensuales y en casos de empleadores en convenio o arreglo de pago, también estar al día en las mensualidades pactadas.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

- Llenar y presentar el formulario de Solicitud de Paz y Salvo.
- Pagar B/.1.00 por cada Paz y Salvo que se solicite (Artículo 13, de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005)
- Presentar Aviso de Cobro cancelado y del pago de la mensualidad en casos de Convenio o Arreglo de Pago, del último mes cuota.



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBROS
SOLICITUD DE PAZ Y SALVO

Razón Social: _____
Rep. Legal: _____
R.U.C. No.: _____
Nombre del Solicitante: _____

No. Empleador: _____
Cédula No.: _____
Teléfono: _____
Fecha: _____

Pago Planilla Regular:
Fecha de Cancelación:
Monto B/.

PROCEDE
NO PROCEDE

Recibido y Verificado por: _____
Fecha: _____

Recién Inscrito o Reactivado
 En Convenio
 En Juicio
 Planilla Complementaria Alc. Y Multas

OBSERVACIONES: _____
Vº Bº _____ Jefe de Sección Apremio y Cobros
Vº Bº _____ Juez Ejecutor
Vº Bº _____ Director Nacional de Ingresos

RECIBO DE COBRO			
DESCRIPCION	CANTIDAD	P.U.	IMPORTE
Emisión de Paz y Salvo		B/. 1.00	
Pago en: Efectivo			
Cheque No.:			
Banco:			
Crédito a Favor:			
SON:		TOTAL B/.	

Retirado por: _____
Cédula No.: _____

Fecha: _____

CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO DE EMPLEADOR INACTIVO

GENERALIDADES

Para la Presentación de Cuenta no se requiere Paz y Salvo o de Certificación de Paz y Salvo de Empleador Inactivo. Las Certificaciones que se emitan a partir del 21 de cada mes, estarán vigentes hasta el último día del mes siguiente.

REQUISITOS

No tener trabajadores al servicio de la empresa.

Haber formalizado, en forma previa a la solicitud, la notificación del cierre o inactividad de la empresa como empleador, ante del Departamento de Investigación de Ingresos.

No reflejar deuda en el pago de cuotas empleado-empleador; en caso de reflejar deuda, esta tiene que estar sometida a Convenio de Pago o Arreglo de Pago en la vía judicial, para la cancelación de la deuda y estar al día en los términos pactados.

Formalizar la solicitud mediante el formulario diseñado para tales propósitos.

Adjuntar copia de cédula del Representante Legal (que firma la solicitud); en el caso de Apoderado Legal, además de la copia de la cédula, presentar copia del poder notariado recibido.

Cancelar B/. 1.00 (UN BALBOA) por cada Certificación solicitada.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

Para participar en ACTO PUBLICO

- Solo los requerimientos arriba anotados

Para Cobro de Cheques

- Copia del Contrato objeto del cobro o de la cuenta presentada, donde se especifique la obra, suministro o servicio prestado.
- Copia de la Declaración Jurada de Rentas del último año fiscal.
- Copia de la última planilla pagada objeto de la cuenta.

Para declaración final de rentas o para disolución de sociedades

- Copia de la Declaración Jurada de Rentas del último año fiscal.

Para otros usos:

- Copia de la Declaración Jurada de Rentas del último año fiscal.
- Otros documentos, de acuerdo al uso para el cual se solicita la certificación.

CARTA SOLICITUD DE CERTIFICACION DE EMPLEADOR INACTIVO

Panamá, _____ de _____ de 20____

Señores
Caja de Seguro Social
E. S. D.

Quien suscribe, _____, con cédula de identidad personal No. _____, en mi calidad de Representante Legal (o Apoderado Legal) de la empresa _____, distinguida con el número de empleador _____, acudo a ustedes a fin de que a mi costo (B/.1.00 por Certificación) se expida Certificación en la que conste que dicha empresa se encuentra inactiva como empleador y que no muestra deuda alguna en concepto de cuotas Empleado-Empleador y otras contribuciones que se declaran en las planillas de la Caja de Seguro Social.

La referida empresa se encuentra inactiva desde el día _____ y desde ese momento hasta la fecha no cuenta ni ha contado con trabajadores al servicio de la misma, por lo que durante ese período no ha pagado salarios a ningún trabajador.

Siendo conocedor, que de acuerdo a la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, la simulación de actos jurídicos, la falsedad en la Declaración y otras faltas, acarrear sanciones que fluctúan entre B/.100.00 y B/.25,000.00 de acuerdo a la falta; manifestamos que la información arriba detallada es cierta.

La(s) certificaciones aquí solicitadas se requieren para:

- a) Participar en Acto Público en: _____
- b) Cobro de Cheque en: _____
Correspondiente a _____
- c) Otros (Explique) _____

Agradezco se me extiendan _____ Certificaciones

Atentamente,

Cédula No. _____

Adj. Copia de Cédula
Copia de cuenta presentada (para cobros de cheques)
Copia (Tramite para el cual sea requerida la Certificación)

ATENCIÓN MEDICO-ASISTENCIAL PARA EMPRESAS MOROSAS EN CONVENIO, EN ARREGLO DE PAGO O EN PLANILLA REGULAR

GENERALIDADES

Solo para atención del asegurado directo.

REQUISITOS

El trabajador tiene que estar reportado en las planillas del empleador o presentar copia del “Aviso de Entrada”.

Luego de otorgada la asistencia médica, se creara el correspondiente Estado de Cuenta, cuyo monto será cobrado al Empleador.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

- Carta solicitud de Atención Medica suscrita por el empleador.
- Copia de cédula y de carné de Seguro Social del empleado.
- Copia de Aviso de Entrada del Empleado o de la Planilla donde aparece reportado el empleado.
- Solicitud de Certificación – Artículo 127, debidamente completada.

**CARTA SOLICITUD PARA RECIBIR ATENCION MÉDICA
SOLO PARA ATENCION DEL ASEGURADO DIRECTO**

_____ de _____ de 20_____

Señores
Caja de Seguro Social
E. S. D.

Estimados señores:

Solicito la atención médica del asegurado (a) _____,
con cédula de identidad No. _____ y Seguro Social No.: _____,
quien labora en nuestra empresa _____,
identificada con el Número de Empleador _____. Inició labores en
nuestra empresa el día _____ del mes de _____ del año _____.

Atentamente,

Nombre y Firma – Representante Legal

Dirección de la empresa: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Adjuntar:

1. Copia de cédula y de carnet de Seguro Social del empleado
2. Copia de Aviso de Entrada del Empleado o de la Planilla donde aparece reportado el empleado
3. Solicitud de Certificación – Artículo 127, debidamente completada

CARTA ATENCION MÉDICA

Panamá, ____ de _____ de 20 ____

Señores
Caja de Seguro Social
Ciudad

Estimados señores:

Hacemos constar que el (la) señor (a) _____, con cédula de identidad No. _____ y Seguro Social No. _____, es trabajador de la empresa _____, con No. de Empleador _____.

El (la) señor (a) _____ y/o sus dependientes requieren asistencia médica y no cuentan con la ficha vigente, por lo que solicitamos Certificación del Derecho a Recibir las prestaciones para el riesgo de enfermedad que estable el Artículo 136 numeral 1 y 137 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005.

La cancelación de la factura correspondiente al mes de _____ de 20____, fue el día ____ del mes de _____ de 20____.

Agradeciendo la atención que brinden a la presente,

Atentamente,

Nombre: _____

Cargo: _____

Cédula: _____



Anexo 1

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS
DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBROS
SOLICITUD DE CERTIFICACION – ARTICULO 127
Derecho a Recibir Atención Medico-Asistencial

UNIDAD EJECUTORA: _____ FECHA: _____

Yo, _____, con cédula de identidad personal No. _____ y Seguro Social No. _____, empleado de la empresa _____, Empleador No.: _____,

Solicito se me certifique el derecho a recibir Atención Médico – Asistencial, conforme con el sentido y alcance del Artículo No. 127 de la Ley 51 de diciembre de 2005.

Atentamente,

Firma del Asegurado

Firma del Funcionario que da fe de autenticidad
de esta Solicitud

Anexo 2

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS
DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBROS

CERTIFICACION – ARTICULO 127

(Válido sólo para el Asegurado cotizante)

El suscrito, Jefe de Apremio y Cobros, Juez Ejecutor o Agente Administrativo, en atención a la Solicitud formulada por _____, con cédula No. _____, empleado de la empresa _____, No. de Empleador _____, la cual muestra _____ meses morosos, Certifica al tenor del Artículo 127 de la Ley 51 del 27 de diciembre de 2005, que el solicitante

Tiene Derecho

No tiene derecho

A recibir atención médica asistencial. Válido hasta _____

Verificado por

Aprobado por

No es válido sin el sello del Departamento, Juzgado o Agencia Administrativa

OTROS SERVICIOS:

Certificaciones de deuda

- Presentar solicitud escrita, firmada por el empleador, representante legal o persona autorizada en la Tarjeta de Inscripción del empleador.

Convenios de pago para cancelación de morosidad en concepto de cuotas Empleado-Empleador

- Efectuar abono inicial no menor al 15% de la deuda
- Compromiso de pago de la deuda en periodo no mayor de 24 meses.
- Firma del convenio de pago por el Representante Legal o persona autorizada mediante poder notariado.
- Presentar copia de la cedula del Representante Legal y de la persona autorizada.
- Copia de recibo de agua, luz o teléfono donde conste la dirección de la empresa (si esta alquilado debe presentar contrato de alquiler o factura de pago donde conste la dirección).

Entrega de Fichas

A Empleadores que cancelaron después de la fecha: Presentar Aviso de Cobro (comprobante de pago) cancelado, el mes cancelado del mes cuota correspondiente

A Empleadores en convenio de Pago: Presentar Aviso de Cobro (comprobante de pago) cancelado, el mes cancelado del mes cuota correspondiente y el comprobante de pago de la última mensualidad del arreglo cancelada.

Sellado de cartas para atención médica a trabajadores de recién ingreso o que han extraviado su ficha (para el asegurado cotizante y sus beneficiarios).

- Presentar carta del empleador en la que solicita la atención médica del empleado (original y copia)
- Presentar copia del "Aviso de Entrada" o de la Planilla en la que figura reportado el trabajador.
- El Empleador debe encontrarse al día en sus pagos.

Cobro de cuotas a favor de trabajadores que tienen trámite de Prestaciones Económicas, correspondientes a empleadores en convenio de pago.

- Enviar Carta de Solicitud a la Dirección Nacional de Prestaciones Económicas.
- Que el Empleador se encuentre al día en el Convenio de Pago
- Que el Empleador cancele el monto de las cuotas morosas, para lo cual se elaborará el Estado de Cuenta correspondiente.

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE INGRESOS

REQUISITOS PARA SOLICITAR CREDITO

(para casos que correspondan al mes cuota de julio 2012 hacia atrás)

1. Nota dirigida al Depto. de CONTABILIDAD DE INGRESOS, con breve explicación de la situación, firmada por el Representante Legal.
2. Enviar copia de la planilla del mes que ocurrió el error y el Aviso de Cobro cancelado.
3. Adjuntar copia de los documentos sustentadores que se requieren en cada caso.

1- PAGOS EN EXCESO POR SALARIOS DECLARADOS O CAPTADOS INCORRECTA-MENTE.

1.1 En caso de Incapacidad (Maternidad o Enfermedad Común)

- a. Copia de certificado de maternidad o enfermedad del asegurado

1.2 En caso de terminación laboral

- a. Copia del ultimo pago de salario devengado
- b. Copia del detalle de liquidación y del pago de la misma firmado por el empleador
- c. Copia de Carta de Renuncia, notificación de Cese de Labores, Resolución, Contrato de Trabajo o Carta ratificada por el Ministerio de Trabajo, si hubo abandono de puesto.

1.3 En caso de reporte o captura de salarios errados

- a. Comprobante de pago de salario (Cheque) regular del periodo solicitado, o Planilla Cardal firmada por el empleado u otra constancia de acuerdo al sistema que utilice la empresa.

1.4 Artículo No. 91 de la Ley del 27 de diciembre de 2005

- a. Presente copia de los gastos efectuados en concepto de: Gastos de Representación, Gratificaciones, Aguinaldo de Navidad, Bonificación, Dieta, Prima de Producción, Salario en Especia, Combustible y/o Excedente de Bonificación.

2- PAGOS EN EXCESO POR CONCEPTO DE D.T.M.

- a. Copia de la Planilla o copia de cheque (según sistema de la empresa)

3- DUPLICIDAD DE PAGO

- a. Carta especificando la situación
- b. Comprobantes de Pago, donde conste la duplicidad del pago (Avisos de Cobros)

4- POR CONCEPTO DE MULTA

- a. Copia del comprobante de pago (Aviso de Cobro) donde consta la fecha en que realizo el pago

5- POR CONCEPTO DE PAGOS EN EXCESO EN LOS CONVENIOS DE PAGOS

- a. Carta explicando la situación
- b. Copia de los Comprobantes de pago cancelados, incluidos en el convenio o arreglo de pago

6- IMPUESTO SOBRE LA RENTA

6.1 Si el error es de tipo institucional (CSS)

- a. Copia de comprobante donde la empresa presento el monto correcto y el respectivo comprobante de pago cancelado.

6.2 Si el error es de la empresa (Empleador)

- a. Deberá solicitar mediante nota al Departamento de Contabilidad de Ingresos certificación por el monto pagado de más
- b. Este Depto. certificara mediante nota que la empresa deberá solicitar el credito ante el Ministerio de Economía y Finanzas.

A partir de la implementación del sistema de ingresos y Prestaciones Económicas (SIPE) los créditos se deben aplicar automáticamente, una vez el empleador efectúe las correcciones en las planillas afectadas.

DIRECTORIO NACIONAL

EDIFICIO CLAYTON 520

PRIMER PISO**I. DEPARTAMENTO DE INSCRIPCION DE EMPLEADORES**

	513-3701	513-3531
- Sección de Inscripción	513-3738	513-3533
- Sección de Captación	513-3740	513-3554
- Sección de Verificación	513-3510	513-3554
- Sección de Archivos Administrativos	513-3563	513-3649
- Empleador Domestico	513-3509	
- Seguro Voluntario	513-3750	
- Certificaciones de No Obligados	513-3501	

II. DEPARTAMENTO DE PLANILLAS

	513-3712	513-3580
	513-3797	
	513-3657	
- ACH	513-3584	

III. DEPARTAMENTO DE RECAUDACION

	513-3742	513-3752
- Jefe del Depto.	513-3756	
- Sub-Jefe del Depto.	513-3745	513-3739
- Supervisores de Caja	513-3733	513-3734

IV. DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBRO

	513-3787	
- Sección de Análisis	513-3508	
- Sección de Apremio	513-3783	
- Sección de Cobro	513-3816	
- Sección de Cuentas Estatales	513-3830	

;;513-3657; 513.3797

SEGUNDO PISO**I. DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE INGRESOS**

	513-3741	
- Sección de Cuentas por Pagar	513-3791	
- Sección de Cuentas por Cobrar - Estatal y Judicial	513-3834	
- Sección de Cuentas por Cobrar - Administrativo	513-3793	
- Sección de Balance de Ingresos	513-3850	

II. COORDINACION DE AGENCIAS

513-3797

III. UNIDAD DE DEMUNCIAS Y SANCIONES

513-3503

IV. UNIDAD DE BIENES PATRIMONIALES

513-3780

V. COORDINACION ADMINISTRATIVA JUDICIAL

513-3754

- Juzgado No. 1	513-3764	
- Juzgado No. 2	513-3730	
- Juzgado No. 3	513-3724	
- Juzgado de Prestamos Hipotecarios	513-3767	

TERCER PISO**I. DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS**

513-3719

II. SUB DIRECCIO NAL DE INGRESOS**III. ADMINISTRACION DEL EDIFICIO**

513-3511

IV. UNIDAD DE COMPUTO

513-3715 513-3716

V. DIRECCION DE PLANIFICACION

CUARTO PISO

I. DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DE INGRESOS

	513-3846
- Sección de Complementarias	513-3845
- Sección de Eliminaciones	513-3843
- Sección de Investigaciones	513-3842

AGENCIAS ADMINISTRATIVAS

COORDINACION PANAMA-COLON-DARIEN	513-3794	
COORDINACION REGION CENTRAL-VERAGUAS	997-0511	
COORDINACION CHIRIQUI-BOCAS	774-2760	
Agencia de 24 de Diciembre - Centro Comercial La Doña	295-5826	
Agencia de Aguadulce - Urb. Villa Mónica	997-4858	997-6663
Agencia de Arraiján - Centro Comercial Vista Alegre	251-9474	
Agencia de Boquete – Bajo Boquete, Avenida B Oeste	720-1032	720-1351
Agencia de Bugaba - Calle Adriana Espinoza	770-6428	
Agencia de Changuinola - Área Hospitalaria	758-8200	758-8591
Agencia de Chepo – Vía Coquira, a lado de Motoborda	296-7273	296-7290
Agencia de Chitré - Urb. El Vigía	996-0946	996-0266
Agencia de Chorrera - Calle Santiago Barraza	253-4420	253-4419
Agencia de Colon - Plaza Millenium	475-6001	475-6004
Agencia de David - Coquito, Vía Interamericana	775-1263	774-4048
Agencia de El Dorado - Plaza Mirage	503-4005	503-4000
Agencia de Juan Díaz - Centro Comercial Los Pueblos	503-5223	503-5220
Agencia de Las Tablas - Calle Carlos López	994-8633	
Agencia de Los Santos - Calle 10 de Noviembre	966-8809	
Agencia de Nata - Ave. Gaspar Espinoza	993-5462	
Agencia de Parque Lefevre - Plaza Serval	503-4023	503-4020
Agencia de Penonomé - Ave. Héctor Bermúdez	997-9691	
Agencia de Puerto Armuelles - Barrio Las Palmas	770-7325	770-7326
Agencia de San Carlos - frente al Parque Municipal	240-8020	
Agencia de San Francisco - Plaza La Macarena	503-4046	503-4040
Agencia de San Miguelito -. Plaza Mallorca, Ojo de Agua	503-4052	503-4050
Agencia de Santiago - Ave. Santa Coloma	998-4279	998-5464
Agencia de Soná - Vía San José	998-8253	
Agencia de Vía España - Plaza Concordia	503-4037	503-4030
Sub Agencia de Darién - La Palma	299-6413	
Sub Agencia de Isla Bocas - Edif. Radio Taxi 25	757-7053	
Sub Agencia de Volcán - Nva. California, Manzana 18	771-5537	771-5536
Sub Agencia Panamá Pacifico	504-2539	

CONTENIDO

	Pág.
Visión y Misión Institucional	2
Organigrama – Dirección Nacional de Ingresos	3
DEPARTAMENTO DE INSCRIPCION DE EMPLEADOS	4
Inscripción de Empleadores y Afiliación de Trabajadores Domésticos	10
Afiliación de Asegurados Voluntarios	13
Contrato Firma Digital (SIPE)	16
Certificación de NO Obligados a Inscribirse al Régimen de la CSS	20
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DE INGRESOS	22
Cese de Operaciones	23
DEPARTAMENTO DE PLANILLAS	25
DEPARTAMENTO DE RECAUDACION	27
Sistema de Pago ACH	28
DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBRO	33
Solicitud de Paz y Salvo - Empleador Activo	34
Solicitud de Paz y Salvo - Empleador Inactivo	36
Atención Medica – Empresas Morosas, en Convenio o Arreglo de Pago	38
Otros Servicios	42
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE INGRESOS	43
DIRECTORIO	45