



# CAJA DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DE INGRESOS

## SOLICITUD CESE DE OPERACIONES

Fecha de Presentación			Número de Empleador	Número de NIT
Día	Mes	Año		
Indicar Tipo de Cese de Operaciones			Cédula de Identidad del Representante Legal o Persona Natural	
<input type="checkbox"/> Temporal		<input type="checkbox"/> Definitivo		
Nombre y Apellidos Razón o Denominación Social				
Nombre Comercial			Fecha de Inicio de Empresa	Fecha de Cese de Actividades
Dirección Física Para Recibir Notificaciones				
Teléfono Fijo		Celular	Correo electrónico	
<b>MOTIVO DE CESE DE OPERACIONES</b>				
Nombre de Apoderado o Representante Legal o Persona Natural			<i>Para Uso de la Caja de Seguro Social Firma y Fecha de Recepción de documento</i>	
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 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.				