|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Formulario: FS - 07**AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL |  |  |  |  |

 REGIONAL N° PATRONAL  |
| **A. SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUPENSION TEMPORAL** |  | **SUSPENSION DEFINITIVA** |
| DIA | MES | AÑO |  | DIA | MES | AÑO |
|   |   |   |  |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIVO |   |

 |
| **B. CAMBIO DE/O:** **DOMICILIO LEGAL APERTURA DE SUCURSAL**

|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTAMENTO |  |
|  |  |
| CIUDAD/ LOCALIDAD |  |
|  |  |
| DIRECCIÓN |  |
|  |  |
| ZONA |  |
|  |  |
| EDIFICIO |  |
|  |  |
| Nº |  |
|  |  |
| TELEFONO |  |
|  |  |
| FAX |  |
|  |  |
| E-MAIL |  |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIA | MES | AÑO |
|   |   |   |

**C. CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL FUSION DE EMPRESAS FECHA**

|  |
| --- |
|  |

 |
| **D. CIERRE DE SUCURSAL: FECHA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  REGIONAL |   |  | DIA | MES | AÑO |
|  |  |  |  |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIVO |   |

 |
| **E. NUEVO REPRESENTANTE LEGAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS |  |
|  |  |
| Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  |

 |
| **F. REINICIO DE ACTIVIDADES:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DIA |  | MES |  | AÑO |  |

 |
|  **LUGAR Y FECHA DE PRESENTACION:** ...................................................................................................................................... |
| **SELLO Y FIRMA DEL EMPLEADOR FECHA Y SELLOS C.S.B.P.** |

NOTA: EL EMPLEADOR ESTA OBLIGADO A COMUNICAR TODAS LAS NOVEDADES A TRAVEZ DEL PRESENTE FORMULARIO ADJUNTANDO LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO, DENTRO DEL PLAZO DE 15 DIAS HABILES DE SUSITADA LAS NOVEDADES; CASO CONTRARIO LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA SE RESERVA EL DERECHO DE APLICAR LAS SANCIONES ESTABLECIDAS POR LEY.