|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.