



**SOLICITUD ANULACIÓN DE ADEUDOS Y SUSPENSIÓN DE
 FACTURACIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE**
 SECCIÓN COBROS CCSS - _____



Utilice bolígrafo de tinta azul.

IMPORTANTE: ANTES DE PRESENTAR LA SOLICITUD PARA LA SUSPENSIÓN O ANULACIÓN DEBE TENER EN CUENTA QUE DEBE RENDIR UNA DECLARACIÓN BAJO FE DE JURAMENTO, ADEMÁS, CUMPLIR CON LO QUE ESTABLECE EL INSTRUCTIVO DE ANULACIÓN ADEUDOS PATRONALES Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES.

“Artículo 4 de los requisitos: punto 4.2. Requisitos de fundamentación del reclamo. “Es obligación del administrado demostrar fehacientemente la inexistencia de la relación laboral o del cese de la actividad generadora de ingresos. Para tal efecto deberá adjuntar a la solicitud escrita la prueba pertinente... la carga de la prueba en la que se fundamenta la solicitud recae sobre el reclamante.””

Sucursal de Pago: _____

Fecha de Solicitud:

--	--	--

Solicita la suspensión de la facturación:
 (Marque con una "X" la opción)

SI
NO



Mes	Año

A partir de qué periodo solicita la suspensión de la facturación: _____

A.- DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

Nombre: _____

Nacionalidad: _____

Número de Identificación: _____ (de asegurado para extranjeros)

Actividad realizada como T.I. (explique): _____

Dirección del Domicilio: _____

Dirección del Centro de Trabajo: _____

Teléfonos	Habitación:	
	Celular:	
	Facsímile:	

B.- PERIODOS SOLICITADOS PARA ANULACIÓN:

Debe incluir el año y marcar con una "X" la casilla del mes o meses que solicita sean anulados.

AÑO	MESES											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic



**SOLICITUD ANULACIÓN DE ADEUDOS Y SUSPENSIÓN
FACTURACIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE**



C- INDIQUE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD DE ANULACIÓN/SUSPENSIÓN:

D.- PRUEBAS APORTADAS (documentales y testimoniales): Puede usar hojas anexas.

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

Debe señalar **lugar dentro del perímetro administrativo o un medio para notificaciones** (ej: facsímile), en caso de no hacerlo las resoluciones emitidas se tendrán por notificadas con el transcurso de 24 hrs de la emisión.

Lugar o Medio:

ESTE TRAMITE ES PERSONAL SALVO CASOS DE EXCEPCIÓN, OTRA PERSONA PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD DEL INTERESADO SIEMPRE Y CUANDO APORTE CARTA DE AUTORIZACION Y FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DE AMBOS.

NOTA: Se le previene al solicitante que el Servicio de Inspección se encuentra facultado para verificar la veracidad de información suministrada. Si la Administración determina que no se ha dejado de realizar la actividad objeto de afiliación, se procederá de oficio a empadronar de nuevo al Trabajador Independiente, y se confeccionará planilla adicional por el periodo omitido. Adicionalmente, el Servicio de Inspección podrá presentar denuncia ante la instancia judicial correspondiente, por infracción al artículo 44 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Firma del Solicitante: _____



Funcionario CCSS: _____ Hora: _____

REQUISITOS BÁSICOS:

Fórmula debidamente llenada.
Fotocopia de la cédula de identidad, de residencia o carnet de asegurado o refugiado.
Pruebas que demuestren el cese de la actividad como T.I. (documentales o testimoniales)
Certificación patronal que demuestre fecha de ingreso a laborar y horario (en caso de ser asalariado actualmente)

Nota: El que se reciba la solicitud de anulación no implica que se dé como cierta la información indica, la Adminsitración se reserva el derecho de verificarla y corroborar las pruebas aportadas previo a emitir resolución al respecto.