



Caja Bancaria
Estatad de Salud

CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD

RESUMEN MENSUAL DE APORTES

N° Planilla

FORM. DS-08

Bs. 5.-

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				
DOMICILIO LEGAL DE LA EMPRESA				
N° DEL EMPLEADOR		NIT		
CORREO INSTITUCIONAL		TELÉFONO O CELULAR		
MES Y AÑO DE LA PLANILLA	N° DE TRAB.	TOTAL SALARIOS	TASA %	COTIZACIÓN
		TOTAL IMPORTE		
NOMBRE DEL REP LEGAL	N° CARNET DE IDENT	FIRMA	SELLO DE LA EMPRESA	

LIQUIDACIÓN DE COTIZACIONES CBES

				N°
MES Y AÑO DE LA PLANILLA	N° DE TRAB.	TOTAL SALARIOS	TASA %	COTIZACIÓN
		TOTAL IMPORTE		
MULTA E INTERESES				
OTROS				
SALDO A FAVOR				
		TOTAL A CANCELAR		
OBSERVACION				
LIQUIDADO POR	FIRMA Y SELLO FIRMA		LUGAR Y FECHA	

MONTO RECIBIDO EN CAJA

LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE CONSIDERAN COMO DECLARACION JURADA POR PARTE DEL EMPLEADOR	ESTE DOCUMENTO TIENE VALOR ÚNICAMENTE SI LLEVA LA FIRMA, ACLARACION DE FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD DE CAJA	EFFECTIVO	
		CHEQUE N°	
		DEPOSITO O TRANSFERENCIA	
		TOTAL	
LIQUIDADO POR	FIRMA Y SELLO		LUGAR Y FECHA