

SADD BEN GORUSS

MINISTÈRE AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE
CHARGE DU BUDGET
DIRECTION GENERALE
DES IMPÔTS



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

MODELE D 1010 - PRIMITIVE
Droits de recherche : 1 000 francs
(Loi n° 96-218 du 13 mars 1996)



DECLARATION FISCALE D'EXISTENCE

PERSONNE PHYSIQUE

A souscrire :

- avant le commencement des opérations (Art. 146 LPF)

Le défaut de déclaration est sanctionné par une amende de 100 000 francs

F- AUTRES RENSEIGNEMENTS

a) Propriétaire du local professionnel (3)

Nom et Prénom(s) ou raison sociale : PAKORA JEAN LOUIS

N° de compte contribuable :

Adresse postale :

Email :

Téléphone :

Fax :

Valeure locative : 0

3 - Produire contrat de bail

b) Suivi comptable

Cabinet comptable ou centre de gestion agréé :

N° de compte contribuable :

Adresse postale :

Email :

Tél : / Fax :

c) Régimes particuliers (4)

Code des Investissements

Code pétrolier

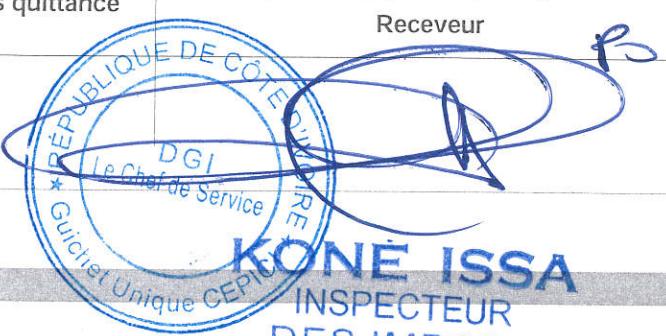
Code minier

Régime franc

Autres (A préciser)

4 - Produire document justificatif (agrément, convention, etc.)

G- DROITS ACQUITTES

Nature	Montant	Références quittance	Nom, prénom(s), cachet et signature du Receveur
Droit de recherche			

H- VISA ET SIGNATURE

Déclaration certifiée sincère		Signature et cachet du contribuable
A....., le.....	16/09/09	
Nom du signataire : JEAN LOUIS PAKORA		
Qualité du signataire : GÉRANT		

FICHE DE NOTIFICATION
D'IMMATRICULATION EMPLOYEUR

STRUCTURE CNPS : SERVICE CNPS AU GUICHET UNIQUE

01 BP 317 ABIDJAN 01 TEL:20 25 21 00

Dénomination Sociale	Nom Commercial	Adresse Postale Déclarée	Agence de rattachement	Code Activité
JEAN-LOUIS PAKORA	ELISEE RH - PAY	BP 0 BINGERVILLE CIDEX	COCODY	6

Nous vous notifions, par la présente, votre immatriculation à notre organisme en qualité d'employeur, à la date du: 19 Août 2019

Votre numero CNPS est: 350609 (A rappeler lors de toutes vos relations avec la CNPS)

Date de début d'activité: de l'Employeur: 05 Août 2019 du 1er salarié: 05 Août 2019
Vos cotisations sociales sont dues depuis la date de début d'activité du premier salariés.

TAUX DES COTISATIONS APPLICABLE AU SALAIRE BRUT VERSE

Prestations familiales (PF) 5 % entièrement à la charge de l'employeur

Assurance Maternité (AM) 0,75 % entièrement à la charge de l'employeur

Accident du Travail (AT/MP) 3 % (selon le secteur d'activité) entièrement à la charge de l'employeur

Assurance Vieillesse 14% : { 7,7% à la charge de l'employeur 6 % à la charge du salarié

BASE DE CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées lors de chaque paye sur le SALAIRE BRUT TOTAL comprenant l'ensemble des gains et avantages perçus par chaque salariés.

Pour le calcul des cotisations, il existe un salaire plancher et un salaire plafond.

.Salaire plancher: 60 000 francs (SMIG)

.Salaire plafond

- Assurance Vieillesse: 1 647 315 francs

- AM-PF-AT/MP: 70 000 francs

La fraction du salaire mensuel dépassant ces plafonds n'est donc pas prise en compte pour le calcul d
ECHEANCE DES COTISATIONS

Echéance trimestrielle: effectif de 1 à 19 salariés;

Echéance mensuelle: effectif de 20 salariés et plus;

La période de paiement s'effectue au plus tard le 15 du mois suivant le mois ou le trimestre.

Tout versement parvenant à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale après cette date est frappé d'une majoration de 0,5 pour mille par jour de retard.

CONDITIONS DE VERSEMENT DES COTISATIONS

La déclaration de cotisations se fait sur l'imprimé intitulé "Appel de cotisations". Une fois renseigné, l'appel de cotisations est déposé à l'agence de rattachement accompagné du titre de paiement (chèques); Le paiement peut se faire également par virement bancaire ou par dépôt espèce

RESPONSABILITÉ DU VERSEMENT

"L'employeur est responsable du règlement de l'ensemble des cotisations dues au titre du personnel de son entreprise." (ART 21 CPS)

le salarié ne peut pas s'opposer à la retenue de sa part sur son salaire lors de chaque paye.

DECLARATION INDIVIDUELLE DE SALAIRES ANNUELS (DISA)

Vous devez produire la DISA de l'exercice écoulé au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

Pour faciliter la production de la DISA, un programme informatique dénommé "e-disa" est mis à votre disposition. Il est disponible et/ou téléchargeable sur le portail CNPS et dans toutes les ag

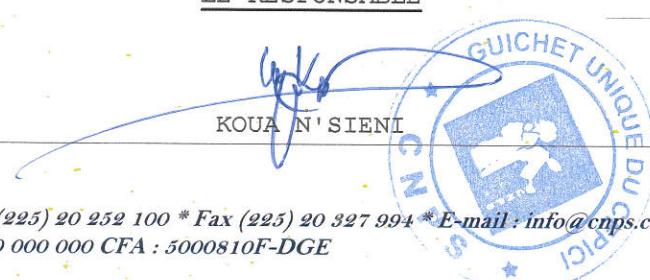
TRES IMPORTANT:

Vous êtes tenus d'informer la CNPS de tout changement intervenu au sein de votre entreprise (activité, adresse, raison sociale, gérant, propriétaire, effectif, etc...)

LE RESPONSABLE

Abidjan, le 19 Août 2019

KOUA N'SIENI



P
0

**DECLARATION de DEBUT ou de REPRISE D'ACTIVITE
ou D'OUVERTURE d'un ETABLISSEMENT SECONDAIRE**

CI-ABJ-2019-A-16489

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'EXPLOITANT

NOM : M. Mme Mlle PAKORA	, Prénoms : JEAN LOUIS		
DATE et LIEU et NAISSANCE :	, NATIONALITE (*) :		
(*) Pour les ETRANGERS, titre de séjour :	, et date de validité :		
DOMICILE (réel et postal) :			
SITUATION MATRIMONIALE : <input checked="" type="checkbox"/> Célibataire, <input type="checkbox"/> Marié, <input type="checkbox"/> Veuf, <input type="checkbox"/> Divorcé			
Conjoint(s) (*)	Nom et Prénoms	Date et lieu de Naissance	Régime Matrimonial
			Clauses Restrictives

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENTREPRISE

ENSEIGNE :	NOM COMMERCIAL : ELISEE RH-PAY		
ACTIVITE PRINCIPALE : (préciser) GESTION DES RH ET PAIE, RECRUTEMENT FORMATION, PRESTATION DE SERVICE RH-PAIE			
Date de début : 20/08/2019	N° RCCM : CI-ABJ-2019-A-16489	Nbre de salariés prévus : 0	

PRINCIPAL ETABLISSEMENT OU SUCCURSALE

Adresse : BINGERVILLE N'GBROMIN	<input checked="" type="checkbox"/> Crédit	<input type="checkbox"/> Achat	<input type="checkbox"/> Apport	<input type="checkbox"/> Prise en location gérance Autre (préciser)
Origine : <input checked="" type="checkbox"/> Crédit	<input type="checkbox"/> Achat	<input type="checkbox"/> Apport	<input type="checkbox"/> Prise en location gérance	Autre (préciser)
Précédent exploitant : Nom :	Prénoms :			
Adresse :	N° RCCM :			
Loueur de fond (nom/dénomination, adresse) :				

ETABLISSEMENT SECONDAIRE OUVERT <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser)	
Date de l'ouverture :	
Adresse :	
Activité :	
Identité de l'exploitant précédent :	N° RCCM :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

Exercice d'une précédente activité commerciale : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser)	
* Période : de (mois et année) à Précédent N° RCCM	
* Nature de l'activité :	
* Principal établissement :	
* Etablissements secondaires :	N° RCCM

PERSONNES POUVANT ENGAGER L'ENTREPRISE

Outre l'Exploitation, les personnes suivantes ont le pouvoir d'engager l'entreprise :		
(*) Nom :	Prénoms :	Date et lieu de Naiss. :
Nationalité :	Domicile :	
(*) Nom :	Prénoms :	Date et lieu de Naiss. :
Nationalité :	Domicile :	

Le SOUSSIGNE (préciser si mandataire),
demande à ce que la présente constitue.

DEMANDE D'IMMATRICULATION au R.C.C.M

La conformité de la déclaration avec les pièces justificatives produites en application de l'Acte Uniforme sur le Droit commercial général a été vérifiée par le Greffier en Chef soussigné qui a procédé à l'inscription le 20/08/2019 sous le NUMERO CI-ABJ-2019-A-16489

ABJ-2019-A-16489

Fait, à
le 16/09/2019
Signature