

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS REGISTRO MERCANTIL Empresa Individual de Responsabilidad Limitada (EIRL)

Para que este formulario sea recibido, debe ser completado a computadora.
Para consultas escribir o llamar a Camaracomercio_barahona@hotmail.com, 809-524-7750
Este formulario solo aplica para trámites de sociedades que correspondan a la Provincia de Barahona.

DATOS DEL GESTOR DEL SERVICIO

SOLICITANTE				RNC/CÉDULA			
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO				CÉDULA			
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO			
A NOMBRE DE QUIEN SE EMITIRÁ LA FACTURA				RNC/CÉDULA			
¿DESEA COMPROBANTE FISCAL?	SÍ		NO	¿ESTOS DOCUMENTOS SERÁN DEPOSITADOS EN CANCELLERÍA?	SÍ		NO

DATOS DE LA EMPRESA

DENOMINACIÓN SOCIAL							
REGISTRO NO.			BH	REGISTRO NACIONAL DE CONTRIBUYENTE (RNC)			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA							
TELÉFONO 1				TELÉFONO 2			
CORREO ELECTRÓNICO SOCIEDAD				PÁGINA WEB			
FECHA DE EMISIÓN				FECHA DE VENCIMIENTO			
FECHA DE ACTO CONSTITUTIVO							
DURACIÓN DE LA EMPRESA	Definida	Indefinida	Cantidad de años	ESTADO ACTUAL DE LA EMPRESA	Activa	Cese Temporal	Disuelta
CANTIDAD EMPLEADOS	Femenino (s)	Masculino (s)	Total	DIRECCIÓN DONDE TIENE	Sucursales	Agencias	Filiales
			0				
NOMBRE COMERCIAL				REGISTRO NO.			

Seleccionar el/los servicio (s) deseado (s) marcando con una (x):

MODIFICACIÓN	TRANSFORMACIÓN
	CAMBIO DE DOMICILIO A OTRA PROVINCIA
	CAMBIO DE DENOMINACIÓN/OBJETO SOCIAL
	CAMBIO DE DOMICILIO DENTRO DE LA MISMA PROVINCIA
	CAMBIO EN EL PROPIETARIO/TRANSFERENCIA DE LA EMPRESA
	CIERRE REGISTRAL (LIQUIDACIÓN, FUSIÓN Y ESCISIÓN)
	DESIGNACIÓN DEL GERENTE
	ESCISIÓN
	FUSIÓN
	DISOLUCIÓN (EN PROCESO DE LIQUIDACIÓN)
	SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES COMERCIALES O CESE TEMPORAL
	AUMENTO DE CAPITAL APORTADO/APORTE DE NATURALEZA
REDUCCIÓN DE CAPITAL APORTADO/APORTE DE NATURALEZA	
REGISTROS Y CERTIFICADOS	REGISTRO DE MATRICULACIÓN
	REGISTRO MATRICULACIÓN Y TRANSFORMACIÓN
	TRASLADO DE DOMICILIO DESDE OTRA PROVINCIA
	REGISTRO DE DOCUMENTOS
	RENOVACIÓN
	DUPLICADO POR PÉRDIDA
ACTUALIZACIÓN DE DATOS	CANTIDAD DE EMPLEADOS
	CORREO ELECTRÓNICO/PÁGINA WEB/APARTADO POSTAL
	INFORMACIONES GENERALES DE SOCIOS (Dirección, Nacionalidad, Estado Civil, Documento Identidad)
	TELÉFONOS/FAX
	REFERENCIAS COMERCIALES
	REFERENCIAS BANCARIAS
	RNC
	NOMBRE COMERCIAL

Notas:
 * Para duplicado por pérdida, renovaciones y registro de documentos solo completar página 1 y firmar página 3.
 * Para los servicios de actualización se debe completar la página 1 y 3, en la página 2 deberá completar solo los campos que vaya a actualizar.
 * Para todos los demás servicios debe completar las 3 páginas.
 * Las renovaciones y actualizaciones se reciben en formularios independientes.
 * Es responsabilidad del usuario indicar en el formulario correo válido y actualizado.
 * Recuerde antes de depositar organizar los documentos y validar que tengan los recibos del pago de contribución al colegio de abogados RD\$50 (artículo 66 Ley No. 3-19) con sus copias respectivas.

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA	SERVICIOS		INDUSTRIAL		AGRARIO		COMERCIO	
	ACTIVIDAD/DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA		PRINCIPALES PRODUCTOS/SERVICIOS		CAPITAL APORTADO			
					MONTO		MONEDA	

DATOS PROPIETARIO	CARGO	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CÉDULA/PASAPORTE	DIRECCIÓN (CALLE/NÚMERO/SECTOR)	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

DATOS ÓRGANO DE GESTIÓN/GERENTES	CARGO	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CÉDULA/PASAPORTE/RNC	DIRECCIÓN (CALLE/NÚMERO/SECTOR)	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

DURACIÓN ÓRGANO DE GESTIÓN	
-------------------------------	--

DATOS ÓRGANO LIQUIDADOR	CARGO	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CÉDULA/PASAPORTE/RNC	DIRECCIÓN (CALLE/NÚMERO/SECTOR)	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

DATOS DE ADMINISTRADORES Y/O PERSONAS AUTORIZADAS A FIRMAR EN SU NOMBRE	CARGO	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CÉDULA/PASAPORTE/RNC	DIRECCIÓN (CALLE/NÚMERO/SECTOR)	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

COMISARIO DE CUENTAS(SI APLICA)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CÉDULA/PASAPORTE/RNC	DIRECCIÓN (CALLE/NÚMERO/SECTOR)	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

REFERENCIAS COMERCIALES		REFERENCIAS BANCARIAS	

FECHA ÚLTIMO ACTO	Día	Mes	Año

ENTES REGULADOS	CLASE DE ENTE	NO. DE RESOLUCIÓN

DATOS DE PAGO

CONSIGNACIÓN MEDIO DE PAGO (LEY 155-17)	DATOS DEL PAGADOR		DATOS DEL PAGO		
	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CÉDULA/PASAPORTE/RNC	BENEFICIARIO	MONTO DEL PAGO	MEDIO DE PAGO

**De conformidad con las disposiciones del Artículo 64 de la Ley 155-17 sobre contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo y el Artículo 8 de la Resolución 147-2018 del Ministerio de Industria, Comercio y Mypimes (MICM) de fecha 19 de junio del 2018, deberá consignarse la forma de pago mediante la cual se realiza la suscripción de acciones o cuotas sociales, cuando estas superen el umbral a que se refiere el Art. 64 de la Ley 155-57.*

AUTORIZACIÓN	AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE		FIRMA		
	Yo _____				
	En calidad de _____				
	Por la presente afirmo bajo juramento que los datos son correctos y completos y que no he omitido ni falseado información alguna.		Día	Mes	Año
*Nota: En caso de Representante Autorizado anexe poder de representación.					

Asegúrese de completar todos los campos y que el tamaño de la letra sea legible al momento de imprimir este formulario.