



FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS
REGISTRO MERCANTIL
Sociedad Anónima (SA)

Para que este formulario sea recibido, debe ser completado a computadora.
Para consultas escribir a camaracomercio_barahona@hotmail.com
Este formulario solo aplica para trámites de sociedades que correspondan a 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?	<table><tr><td>SÍ</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr></table>	SÍ		NO		¿ESTOS DOCUMENTOS SERÁN DEPOSITADOS EN CANCELLERÍA?	<table><tr><td>SÍ</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr></table>	SÍ		NO	
SÍ		NO									
SÍ		NO									

DATOS DE LA SOCIEDAD

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

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

MODIFICACIÓN	☐	TRANSFORMACIÓN
	☐	ADECUACIÓN
	☐	CAMBIO DE DOMICILIO A OTRA PROVINCIA
	☐	CAMBIO DE DENOMINACIÓN SOCIAL O RAZÓN SOCIAL / OBJETO SOCIAL
	☐	CAMBIO DE DOMICILIO DENTRO DE LA MISMA PROVINCIA
	☐	CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DE LOS ACCIONISTAS
	☐	CIERRE REGISTRAL (LIQUIDACIÓN, FUSIÓN Y ESCISIÓN)
	☐	DESIGNACIÓN DE MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN/ ADMINISTRADORES/COMISARIOS DE CUENTAS
	☐	ESCISIÓN
	☐	FUSIÓN
	☐	DISOLUCIÓN DESIGNANDO LIQUIDADOR(ES)
	☐	SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES COMERCIALES O CESE TEMPORAL
	☐	REDUCCIÓN CAPITAL AUTORIZADO
	☐	AUMENTO DE CAPITAL AUTORIZADO
	REGISTROS Y CERTIFICADOS	☐
☐		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
☐	ÚLTIMA ASAMBLEA	

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 SOCIEDAD	SERVICIOS	INDUSTRIAL	AGRARIO		COMERCIO		
	ACTIVIDAD/DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO			CAPITAL SOCIAL AUTORIZADO		CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO	
				MONTO	MONEDA	MONTO	MONEDA

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

CANTIDAD TOTAL ACCIONISTAS

CANTIDAD TOTAL ACCIONES

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

DURACIÓN CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

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

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

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

REFERENCIAS COMERCIALES	

REFERENCIAS BANCARIAS	

FECHA ÚLTIMA ASAMBLEA	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.