

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS
REGISTRO MERCANTIL
Sociedad de Responsabilidad Limitada (S.R.L)**

Para que este formulario sea recibido, debe ser completado a computadora.
Para consultas escribir o llamar a Camaracomercio_p_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?	SI	X	NO	¿ESTOS DOCUMENTOS SERÁN DEPOSITADOS EN CANCELERÍA?	SI		NO X

DATOS DE LA SOCIEDAD

DENOMINACIÓN SOCIAL/ RAZÓN SOCIAL							
REGISTRO NO.			BH	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	Definida	Indefinida	Cantidad de años	ESTADO ACTUAL DE LA SOCIEDAD	Activa	Cese Temporal	Disuelta Liquidada
		X			X		
CANTIDAD DE EMPLEADOS	Femenino (s)	Masculino (s)	Total	DIRECCIÓN DONDE TIENE	Sucursales	Agencias	Filiales
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 SOCIAL O RAZÓN SOCIAL / OBJETO SOCIAL
	☐	CAMBIO DE DOMICILIO DENTRO DE LA MISMA PROVINCIA
	☐	CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DE LOS SOCIOS
	☐	CIERRE REGISTRAL (LIQUIDACIÓN, FUSIÓN Y ESCISIÓN)
	☐	DESIGNACIÓN MIEMBROS DEL ÓRGANO DE GESTIÓN/ADMINISTRADORES/COMISARIOS DE CUENTAS
	☐	ESCISIÓN
	☐	FUSIÓN
	☐	DISOLUCIÓN DESIGNANDO LIQUIDADOR(ES)
	☐	SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES COMERCIALES O CESE TEMPORAL
	☐	AUMENTO DE CAPITAL SOCIAL
	☐	REDUCCIÓN DE CAPITAL SOCIAL
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
	☐	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	PRINCIPALES PRODUCTOS/SERVICIOS		CAPITAL SOCIAL
			MONTO	MONEDA

DATOS DE LOS SOCIOS	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	REGISTRO MERCANTIL REGISTRO PÚBLICO	CÉDULA/PASAPORTE/RNC	DIRECCIÓN (CALLE/NÚMERO/SECTOR)	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

CANTIDAD TOTAL SOCIOS		CANTIDAD TOTAL CUOTAS SOCIALES	
-----------------------	--	--------------------------------	--

DATOS DEL 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 DEL 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 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.