

Instrucciones: Completar la siguiente información en letra molde legible; favor NO dejar espacios en blanco, en los casos que no aplique indique N/A; y, la información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad y para uso exclusivo del RAP.

☐ Empresa con 10 o más empleados ☐ Empresa con menos de 10 empleados ☐ Maquila con 10 o más empleados

1. TIPO DE PRODUCTO

☐ Fondo de Pensiones ☐ Fondo de Cesantías ☐ Fondo de Vivienda Porcentaje de aporte: Empresa: Colaborador:

1.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa:	
Denominación social:	
Actividad económica de la empresa:	
Origen o procedencia de los fondos:	
Total de activos, ventas o ingresos (Monto aproximado):	
No. patronal del IHSS:	RTN.:
Fecha que inició operaciones: Día _____ Mes _____ Año _____	No. de empleados (Inicio de operaciones): _____
A partir de que fecha tuvo diez o más: Día _____ Mes _____ Año _____	No. total de empleados: _____
No. total de empleados a registrar: _____	

1.2 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Detallar el nombre del Representante Legal si es Persona Jurídica o el nombre del Propietario si es Persona Natural (Todos los campos son obligatorios).

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Cargo:		Nacionalidad:		No. de teléfono fijo:		No. de celular:	
Tipo de identificación:		☐ Identidad	☐ Carné de residencia	☐ Pasaporte	No. de identificación:		
Correo electrónico personal:				Correo electrónico laboral:			

1.3 CONTACTO DE LA EMPRESA PARA ENVÍO DE INFORMACIÓN Y PLANILLAS

No.	Nombre	Cargo	No. de celular	No. de tel. fijo	Correo electrónico
1					
2					
3					

Mes y año de primer planilla: _____ / _____

1.4 INFORMACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA

País:	No. de escritura:	No. de inscripción de registro:
Cámara de comercio: No. de inscripción:	Fecha de inscripción:	No. de Tomo
Instituto de la Propiedad: No. de inscripción:	Fecha de inscripción:	No. de Tomo/Folio/Matricula:
Finalidad social:	Tipo de sociedad:	Sector económico al que pertenece:
Capital social total:		
No. de accionistas:	Tipo de accionistas:	☐ Normativas ☐ Al portador

1.5 INFORMACIÓN SOCIOS DE LA EMPRESA

No.	Nombre del socio	No. de identidad	% de participación	Dirección de domicilio	No. tel / celular	Correo electrónico
1						
2						
3						
4						

2. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

Departamento:	Municipio:	Ciudad:
Barrio / colonia:	Avenida:	Calle:
Teléfonos:	Correo electrónico:	
Fax:	Apdo. postal:	Otras referencias:

3. SUCURSALES Y AGENCIAS

Detalle las Sucursales y Agencias de la empresa, con su dirección y Número Patronal dentro del territorio nacional

No.	Sucursal	No. patronal IHSS	Dirección	No. de teléfono
1				
2				

4. PRINCIPALES CLIENTES

No.	Nombre de la empresa	Rubro	Contacto	Dirección de referencia	No. de teléfono	Fecha de inicio relación
1						
2						

5. REFERENCIAS BANCARIAS / COMERCIALES

No.	Institución de referencia	Tipo de referencia	Fecha de inicio de relación
1			
2			

6. REFERENCIAS DE PROVEEDORES DE LA EMPRESA

No.	Nombre de la empresa	Rubro	Contacto	Dirección de referencia	No. de teléfono	Fecha de inicio relación
1						
2						

7. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro bajo juramento que los datos aquí indicados son verdaderos. De comprobarse que la información proporcionada es falsa, será motivo suficiente para detener cualquier trámite relacionado. De igual manera me comprometo a mantener actualizada la información y notificar a la Institución de los cambios que se puedan presentar en el futuro con respecto a dicha declaración. Autorizo a verificar toda la información contenida en el presente formulario, a discreción de la Institución. La información solicitada en este formulario es requerida bajo la Circular CNBS 019/2016 mediante Resolución SB 348/2:

8. FIRMA / LUGAR Y FECHA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

Firma del representante legal de la empresa:

Lugar y fecha:

Sello

9. PARA USO EXCLUSIVO DEL RAP

Datos de la Empresa: No. Contrato: No. Empresa: No. Cuenta:

Realizado por		Revisado por		Validado por	
Usuario:		Firma		Firma	
Fecha de afiliación:					
Fecha de actualización:		Fecha de revisión:		Fecha de validación:	
Oficina - Ciudad:		Oficina - Ciudad:		Oficina - Ciudad:	

Sello		Sello		Sello	
-------	--	-------	--	-------	--