

Fecha Solicitud:	Receptor:
# expediente:	Regional:

**A CONTINUACIÓN FAVOR COMPLETAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA: (DEBE LLENAR TODOS LOS CAMPOS OBLIGATORIOS MARCADOS CON (\*))**

<b>*Nombre de la Empresa</b>			
<b>*Razón Social</b>			
<b>*Dirección Completa de la empresa:</b>	Departamento:	Municipio:	Dirección Exacta:
<b>*CUENTA PATRONAL</b>			<b>*RTN EMPRESA</b>
<b>*Teléfonos fijos empresa</b>	Tel. 1	Tel. 2	<b>*Celular empresa</b>
<b>*Correo Electrónico Empresa</b>			<b>*Dirección Web</b>

**SOBRE EL REPRESENTANTE LEGAL**

<b>*Nombre Completo</b>			
<b>*Dirección Casa Completa</b>	Departamento	Municipio	Dirección Exacta:
<b>*# RTN</b>			<b>*# Identidad</b>
<b>*Teléfonos casa y trabajo</b>	Casa	Trabajo	<b>*Teléfono Móvil</b>
<b>*Correo Electrónico Trabajo / empresa</b>			
<b>*Correo Electrónico Personal</b>			

**\*REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

NOMBRE	PARENTESCO	Barrio o Colonia de Residencia	TELF. FIJO Y MOVIL (ambos)
1)			
2)			
3)			

**\*Razón de Mora (seleccionar razones que apliquen)**

Problemas Económicos Personales <input type="checkbox"/>	Perdida de Licitaciones/Proyectos <input type="checkbox"/>	Cambio Rubro de la empresa <input type="checkbox"/>
Problemas Financieros de la Empresa <input type="checkbox"/>	Por el valor de las Multas <input type="checkbox"/>	Atraso de Pagos clientes/salario <input type="checkbox"/>
Extorsión <input type="checkbox"/>	La No Importancia a esta obligación <input type="checkbox"/>	Sobre-endeudamiento <input type="checkbox"/>
Por no haber usado servicios del IHSS <input type="checkbox"/>	Por Políticas de Gobierno <input type="checkbox"/>	Por invertir en otros Proyectos <input type="checkbox"/>
Bajo Rendimiento de Ventas <input type="checkbox"/>	Aumento de Costos Operativos <input type="checkbox"/>	Prioridad a otras deudas <input type="checkbox"/>
Por actos de Corrupción que ocurrieron <input type="checkbox"/>	Simplemente porque no quise pagar <input type="checkbox"/>	Pagos pendientes a Proveedores <input type="checkbox"/>

Otros: \_\_\_\_\_

**DETALLAR LA INFORMACIÓN DE LOS SIGUIENTES CONTACTOS**

<b>1.- Nombre Persona encargada de realizar pagos al IHSS</b>				
<b>Cargo</b>		<b># de Identidad</b>		
<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Extensión</b>	<b>Celular</b>

Fecha Solicitud:	Receptor:
# expediente:	Regional:

<b>2.- Nombre Persona encargada de solicitar Amnistía en el IHSS</b>			
<b>Cargo</b>			<b># de Identidad</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Extensión</b> <b>Celular</b>

**INFORMACION DE LOS SOCIOS DE LA EMPRESA (SI LA EMPRESA POSEE MÁS SOCIOS, DETALLAR INFO PAGINA ADICIONAL)**

<b>Nombre Socio 1</b>			
<b>#RTN</b>			<b># de Identidad</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Tel Casa</b>	<b>Ciudad Residencia</b> <b>Celular</b>
<b>Nombre Socio 2</b>			
<b>#RTN</b>			<b># de Identidad</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Tel Casa</b>	<b>Ciudad Residencia</b> <b>Celular</b>
<b>Nombre Socio 3</b>			
<b>#RTN</b>			<b># de Identidad</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Tel Casa</b>	<b>Ciudad Residencia</b> <b>Celular</b>
<b>Nombre Socio 4</b>			
<b>#RTN</b>			<b># de Identidad</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Tel Casa</b>	<b>Ciudad Residencia</b> <b>Celular</b>
<b>Nombre Socio 5</b>			
<b>#RTN</b>			<b># de Identidad</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Tel Casa</b>	<b>Ciudad Residencia</b> <b>Celular</b>
<b>Nombre Socio 6</b>			
<b>#RTN</b>			<b># de Identidad</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Tel Casa</b>	<b>Ciudad Residencia</b> <b>Celular</b>

Nota: Usted declara que toda la información aquí expuesta es correcta, y otorga autorización para que la misma en caso de ser necesario, se investigue a través del departamento de Control Patronal del IHSS. En caso de que se encuentre un dato erróneo la solicitud será devuelta y documentada.

\_\_\_\_\_  
Firma/Sello: solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma/sello: Receptor IHSS

**USO EXCLUSIVO RECEPTOR DEL IHSS**

<b># Solicitud del sistema</b>	
--------------------------------	--

**USO EXCLUSIVO PARA DICTAMEN DEL EQUIPO DE APOYO DEL IHSS**

<b>Fecha Dictamen</b>		Aprobado <input type="checkbox"/>	Denegado <input type="checkbox"/>
<b>Nombre Reviso Equipo Apoyo</b>		<b>Firma</b>	
<b>Observaciones:</b>			