

Fecha Solicitud:	Receptor:
# Solicitud:	Regional:

A CONTINUACIÓN SE LE PIDE COMPLETAR EL FORMULARIO CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA: (DEBE LLENAR TODOS LOS CAMPOS OBLIGATORIOS *)

*Nombre de la Empresa			
*Razón Social			
Dirección Completa de la empresa:	Departamento:	Municipio:	Dirección Exacta:
*RTN			*Cuenta Patronal
*Teléfonos fijos empresa	Tel. 1	Tel. 2	*Celular empresa
*Correo Electrónico Empresa			*Dirección Web

SOBRE EL REPRESENTANTE LEGAL

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

REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES (COMPLETAR LAS 3) 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 (COMPLETAR TODOS)

1.- Nombre Persona encargada de la Planilla a los empleados:				
Cargo		# de Identidad		
Correo electrónico		Teléfono	Extensión	Celular

Fecha Solicitud:	Receptor:
# Solicitud:	Regional:

2.- Nombre Persona encargada de Contabilidad:				
Cargo		# de Identidad		
Correo electrónico		Teléfono	Extensión	Celular

3.- Nombre Persona encargada de realizar pagos al IHSS				
Cargo		# de Identidad		
Correo electrónico		Teléfono	Extensión	Celular

4.- Nombre Persona encargada de solicitar Amnistía en el IHSS				
Cargo		# de Identidad		
Correo electrónico		Teléfono	Extensión	Celular

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

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

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 DE IHSS

Fecha Dictamen		Aprobado <input type="checkbox"/>	Denegado <input type="checkbox"/>	Firma Coordinador Equipo de Apoyo	
Observaciones:					