


Fecha de solicitud: Día: Mes: Año:
Nº Solicitud:
Regional:

• Se solicita completar la siguiente información: (todos los campos son obligatorios) •

Motivo de solicitud de amnistía: Suscripción de convenio de pago Depuración de recargos, multas e intereses


a. Sobre la Empresa: Cuenta Obrero-Patronal:

Nombre de la Empresa:

Razón Social: RTN:

Dirección completa:

Departamento: Municipio: Referencia:

Teléfonos fijos: Tel. Nº1 Tel. Nº2 Tel. Celular

Correos electrónicos de la empresa:


b. Sobre el Representante Legal

DNI:

Nombre completo: RTN:

Dirección completa:

Departamento: Municipio: Referencia:

Teléfonos fijos: Tel. Nº1 Tel. Nº2 Tel. Celular

Correos electrónicos de la empresa:


c. Referencias personales o familiares del representante legal (completar las tres):

	Nombre	Parentesco	Tel. fijo	Tel. celular	Correo electrónico
1.	<input type="text"/>				
2.	<input type="text"/>				
3.	<input type="text"/>				



d. Detallar la información de los siguientes contactos (completar todos):

1. Nombre persona encargada de la Planilla a los empleados: Correo electrónico:

Cargo: Tel. Fijo: Extensión: Tel. Celular:

2. Nombre persona encargada de Contabilidad: Correo electrónico:

Cargo: Tel. Fijo: Extensión: Tel. Celular:

3. Nombre persona encargada de realizar pagos al IHSS: Correo electrónico:

Cargo: Tel. Fijo: Extensión: Tel. Celular:

4. Otro contacto: Correo electrónico:

Cargo: Tel. Fijo: Extensión: Tel. Celular:



e. Información de los socios de la Empresa (si la empresa tiene más socios, detallar en una página adicional) :

Nombre Socio 1: DNI:

RTN: Tel. casa: Tel. Celular: Ciudad de Residencia:

Nombre Socio 2: DNI:

RTN: Tel. casa: Tel. Celular: Ciudad de Residencia:

Nombre Socio 3: DNI:

RTN: Tel. casa: Tel. Celular: Ciudad de Residencia:

Nombre Socio 4: DNI:

RTN: Tel. casa: Tel. Celular: Ciudad de Residencia:

Nota: Al completar este formulario usted declara que toda la información es correcta y otorga autorización para que la misma se verifique a través del Departamento de Control Patronal del IHSS, en caso de ser necesario. Si esta solicitud contiene información incompleta o incorrecta, será devuelta y la acción será documentada.

Firma/Sello: Representante Legal

Nombre del Receptor IHSS