

FORMULARIO DEL REGISTRO ÚNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL RUES

MATRÍCULA MERCANTIL O RENOVACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS
DE COMERCIO, SUCURSALES O AGENCIAS

ANEXO 1



Diligencie a máquina o letra imprenta los datos. No se admiten tachones ni enmendaduras. En los términos del artículo 166 del Decreto 019 de 2012 y 33 del Código de Comercio, cualquier modificación de la información reportada debe ser actualizada. En los términos del artículo 36 del Código de Comercio, la Cámara de Comercio podrá solicitar información adicional. Autorizo el uso y divulgación de toda la información contenida en este formulario y sus anexos, para los fines propios de los registros públicos y su publicidad.

Para uso exclusivo de la Cámara de Comercio
Código Cámara y Fecha Radicación

ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO <input type="checkbox"/>	SUCURSAL <input type="checkbox"/>	AGENCIA <input type="checkbox"/>	MATRÍCULA <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>	MATRÍCULA MERCANTIL N° <input type="text"/>
					AÑO QUE RENEVA <input type="text"/>

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, SUCURSAL O AGENCIA.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, SUCURSAL O AGENCIA					
DIRECCIÓN COMERCIAL			CÓDIGO POSTAL		BARRIO, LOCALIDAD, VEREDA, CORREGIMIENTO
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		TELÉFONO 3	
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		UBICACIÓN	
CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio)*			LOCAL <input type="checkbox"/>	LOCAL Y OFICINA <input type="checkbox"/>	VIVIENDA <input type="checkbox"/>
			OFICINA <input type="checkbox"/>	FÁBRICA <input type="checkbox"/>	FINCA <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL (SOLO PARA SUCURSALES)			CÓDIGO POSTAL		BARRIO, LOCALIDAD, VEREDA, CORREGIMIENTO
MUNICIPIO DE NOTIFICACIÓN			DEPARTAMENTO PARA NOTIFICACIÓN		
CORREO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIONES (Obligatorio)* (SOLO PARA SUCURSALES)					
ACTIVOS VINCULADOS AL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO SUCURSAL O AGENCIA (Expresar las cifras en pesos colombianos. Datos sin decimales.)				N° DE TRABAJADORES VINCULADOS AL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO SUCURSAL O AGENCIA	
\$					

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ESTABLECIMIENTO, SUCURSAL O AGENCIA

INDIQUE UNA CLASIFICACIÓN PRINCIPAL Y MÁXIMO TRES CLASIFICACIONES SECUNDARIAS, TOMADAS DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN INDUSTRIAL INTERNACIONAL UNIFORME (CIU)					
ACTIVIDAD PRINCIPAL		ACTIVIDAD SECUNDARIA		OTRAS ACTIVIDADES	
CIU 1	SHD	CIU 2	SHD	CIU 3	SHD
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Indique el código SHD solamente si la actividad económica se desarrolla en la ciudad de Bogotá D.C.					
DESCRIBA DE MANERA BREVE Y RESUMIDA LA ACTIVIDAD ECONOMICA QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, SUCURSAL O AGENCIA (Máximo 500 caracteres)					

PROPIETARIO ÚNICO <input type="checkbox"/>	SOCIEDAD DE HECHO <input type="checkbox"/>	COPROPIETARIO <input type="checkbox"/>	EL LOCAL DONDE FUNCIONA EL ESTABLECIMIENTO ES:	PROPIO <input type="checkbox"/>	AJENO <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	---------------------------------	--------------------------------

PROPIETARIO (S) SI EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO POSEE MAS PROPIETARIOS, ADJUNTE FOTOCOPIAS DE ESTE DOCUMENTO FIRMADO CON ORIGINAL

NOMBRE DEL PROPIETARIO(PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)					
IDENTIFICACIÓN N°		Tipo de identificación del propietario		MATRÍCULA MERCANTIL DEL PROPIETARIO	CÁMARA DE COMERCIO A LA QUE PERTENECE
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL					
MUNICIPIO			DEPARTAMENTO		
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		TELÉFONO 3	
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL			MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
NOMBRE DE LA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		N°		PAÍS	

El suscrito declara bajo la gravedad del juramento que la información reportada en este formulario es confiable, veraz, completa y exacta.

FIRMA					
NOMBRE DE LA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA					
IDENTIFICACIÓN N°		Tipo de identificación del propietario		MATRÍCULA MERCANTIL DEL PROPIETARIO	CÁMARA DE COMERCIO A LA QUE PERTENECE
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL					
MUNICIPIO			DEPARTAMENTO		
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		TELÉFONO 3	
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL			MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O ADMINISTRADOR					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		N°		PAÍS	

El suscrito declara bajo la gravedad del juramento que la información reportada en este formulario es confiable, veraz, completa y exacta.

FIRMA	ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA CÁMARA DE COMERCIO
-------	--

CUALQUIER FALSEDAD INCURRIDA PODRÁ SER SANCIONADA DE ACUERDO CON LA LEY (ART 38 CÓDIGO DE COMERCIO Y NORMAS CONCORDANTES Y COMPLEMENTARIAS)