



FICHA DE PRECALIFICACIÓN PARA CERTIFICAR EMPRESAS INTERESADAS EN INCENTIVOS CREDITICIOS POR CIERRE VOLUNTARIO EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA DEL COVID-19

I. Datos básicos de la empresa

Pregunta	Respuesta	Indicaciones
1. Nombre de la empresa		
2. Número de registro de la empresa (NIT)		
3. Principal actividad económica de la empresa	(1) Comercio: _____ (2) Industria: _____ (3) Servicios: _____ (4) Construcción: _____ (5) Turismo: _____ (6) Agrícola: _____	Marque con una "X" donde aplique
4. Actividad específica o giro de la empresa		

II. Contacto de la empresa

5. Dirección completa	
6. Departamento	
7. Municipio	
8. Teléfono de la empresa	
9. Número de celular de la persona solicitante de información	
10. Dirección electrónica de la persona solicitante de información	
11. Fecha de inicio de operaciones de la empresa	



III. Actividad de la empresa

12. ¿Cuál fue el monto de ventas del año fiscal anterior?		Expresado en dólares (US\$)
13. Total de empleados cotizantes en su empresa		Indique número
14. ¿Cuántos empleados tiene en su negocio? (por rangos de edad)	(1) de 18 a 30 años ____ (2) de 31 a 43 años ____ (3) de 44 a 60 años ____ (4) de 60 años a más ____	Indique número para cada rango de edad
15. Cantidad de empleados desagregados por sexo	(1) Total de mujeres: (2) Total de hombres:	Indique número

IV. Requisitos para aplicar al incentivo crediticio

16. Su empresa ha cerrado operaciones debido a la emergencia generada por el COVID-19	(1) Sí ____ (2) No ____	Marque con una "X" donde aplique
17. Su empresa ha enviado a los trabajadores a sus hogares manteniendo las remuneraciones de salario y las prestaciones de ley	(1) Sí ____ (2) No ____	Marque con una "X" donde aplique
18. Fecha en que realiza el cierre temporal de operaciones		

Yo _____ declaro bajo juramento en mi calidad de _____ de la empresa _____ que la información detallada en la presente ficha es verdadera y autorizo al Ministerio de Trabajo y Previsión Social y Banco Hipotecario que puedan verificar dicha información, ateniéndome a las consecuencias penales que la falsedad de la misma pueda llegar a ocasionar.

Firma del representante legal/patrono/apoderado

Sello

Fecha

Enviar ficha escaneada al correo dgt@mtps.gob.sv