

S.I.G.T.

Formación Empresarial

Imagine All Tech

Rol	Apellido	Nombre	C.I	Email	Tel/Cel.
Coordinador	Jordán	Fabrizio	5.733.695-9	fabriorange28@gmail.com	091 343 461
Sub- Coordinador	Behn	Franco	5.472.406-8	student.behn@outlook.com	095 727 120
Integrante 1	Baz	Lucas	5.525.349-8	lucasbaz0506@gmail.com	095 537 805
Integrante 2	Nuñez	Nicolás	5.500.020-9	nicomeme123@gmail.com	091 001 308
Integrante 3	Moreira	Matías	5.407.728-5	matiasmoreira212@gmail.com	096 929 551

Docente: Gonzalez, Silvana

Fecha de culminación

11/09/2023

Segunda Entrega



Name: Imagine All Tech

Date: 11/09/2023

Contenido

Nombre de la Empresa	2
Determinación de la actividad y giro de la misma	2
Necesidad que satisfice	2
Isologotipo	2
Presentación: visión, misión, objetivos, principios y valores de la organización	2
Presentación del producto o servicio a través de sus características significativas ...	3
Aspectos externos-Análisis del entorno relativo elegido	3
Forma jurídica	3
Trámites al inicio de la empresa.....	3
Diseño de comprobantes que justifiquen gastos e ingresos de la empresa.....	5
Boleta al contado	5
Nota de devolución al contado	6
Factura de crédito.....	6
Nota de débito	7
Nota de crédito	7
Recibo final.....	8
Matriz FODA	8
Plan de Marketing	9
Mezcla Comercial.....	9

Nombre de la Empresa

Imagine All Tech.

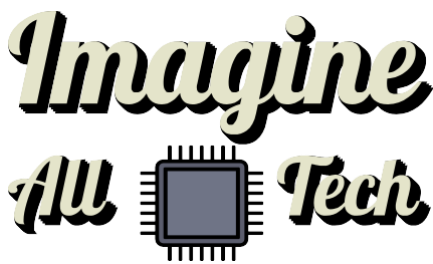
Determinación de la actividad y giro de la misma

La empresa se enfoca en la prestación de servicios digitales, principalmente en la creación de páginas web.

Necesidad que satisfice

Imagine All Tech satisface las necesidades de los clientes que requieren de una página web para comercializar sus productos o para proporcionar información recopilada, entre otras cosas.

Isologotipo



Presentación: visión, misión, objetivos, principios y valores de la organización

- Misión: Brindar soluciones y servicios de calidad en diseño y desarrollo web, buscando siempre la satisfacción de los clientes y la excelencia en el trabajo.
- Visión: Ser una empresa líder en el mercado de diseño web, reconocida por la calidad y creatividad de sus diseños, la innovación en sus soluciones y la satisfacción de sus clientes.
- Objetivos: Brindar soluciones de diseño web personalizadas y a medida para cada cliente, ofrecer un servicio al cliente excepcional, mantenerse actualizados en las últimas tecnologías y tendencias del mercado y trabajar en equipo de manera colaborativa y creativa.
- Valores: Compromiso con la calidad, creatividad e innovación, trabajo en equipo y colaborativo, honestidad y transparencia, responsabilidad y compromiso.

Presentación del producto o servicio a través de sus características significativas

Imagine All Tech ofrece servicios de diseño y desarrollo de sitios web personalizados, SEO y marketing de contenidos, y servicios de consultoría y asesoramiento.

Aspectos externos-Análisis del entorno relativo elegido

- Competencia: La empresa enfrenta competencia en el mercado de diseño web y debe diferenciarse de otras empresas que ofrecen servicios similares.
- Clientes: La empresa debe tener una estrategia clara para atraer y retener clientes, lo que puede incluir una buena estrategia de marketing y publicidad, así como una atención al cliente excepcional.

Forma jurídica

Imagine All Tech es una Sociedad de Responsabilidad Limitada (SRL), lo que significa que la responsabilidad de los socios se limita a la cantidad de capital que han aportado a la empresa. Esto significa que los socios no son responsables personalmente de las deudas de la empresa, salvo que se hayan comprometido a responder por ellas en el contrato social o estatutos de la empresa.

Trámites al inicio de la empresa

A continuación, se mostrarán los trámites de inicio de la empresa Imagine All Tech. Encontrarás información detallada sobre los formularios completos de DGI, BPS, BSE y MTSS relacionados con el inicio de nuestra empresa. Sin embargo, es importante mencionar que solo disponemos de información sobre estos cuatro organismos públicos.

RUBRO 1 - IDENTIFICACIÓN

BPS	N° de REGISTRO DE CONTRIBUYENTE		N° de REGISTRO EMPRESA		DGI	N° DE RUT		
		C.I. ATYR						
Acto que se realiza					BPS	DGI	Vigencia del acto	
Inicio de actividades							Día	Mes
Reinicio de actividades								Año
Modificación (completar sólo los campos que se actualizan)								

RUBRO 2 - DATOS DE LA ENTIDAD

Nombre o denominación									
Tipo de entidad									
Persona física		Núcleo Familiar		Condominio		Sucesión Indivisa			
Sociedad de Hecho		Sociedad Colectiva		Sociedad de Respons. Limitada		Soc. en comandita simple			
Soc. en comandita por Acc.		SA con Acciones Nominativas		SA con Acciones al Portador		Cooperativas			
Pers. de Derecho Público		Asociaciones		Entidad pluripersonal no resid.		Fundaciones			
Fideicomiso		Grupo de Interés Económico		Asoc./soc. Agrarias		Entidad Gremial			
Comisión Administradora		Repres. Diplom. Extranjeras		Organismos internacionales		Otros			
Fecha de constitución		Día	Mes	Año	Inscripción en el Registro Nal Com.		Número	Día	Mes
Nombre de fantasía									
Residente		Si	No	No residente con Establecimiento permanente		Si	No	País de residencia	

RUBRO 3 - DOMICILIO FISCAL DEL LOCAL PRINCIPAL

Calidad en que ocupa el domicilio fiscal		Propietario	Arrendatario	Sub-arrendat.	Comodatario	Usufructuario	Otros
Departamento	Localidad	Calle			Número	Apart.	Código postal
Complemento del domicilio		N° torre, Edif., Block	Calle interna	Manzana	Solar		
Ruta	Km.	Nombre del establecimiento	N° de Padrón	N° de Secc. Judicial	N° de Secc. Policial	Paraje	
Otros detalles de ubicación: (Ej. Entre calle y calle)							
Contactos		Persona o empresa	Teléfono fijo	Fax	Teléfono móvil	Correo electrónico	

RUBRO 4 - DOMICILIO CONSTITUIDO

Indicar si el Domicilio Constituido es igual al Fiscal

Departamento	Localidad	Calle			Número	Apart.	Código postal
Complemento del domicilio		N° torre, Edif., Block	Calle interna	Manzana	Solar		
Ruta	Km.	Nombre del establecimiento	N° de Padrón	N° de Secc. Judicial	N° de Secc. Policial	Paraje	
Otros detalles de ubicación: (Ej. Entre calle y calle)							
Contactos		Persona o empresa	Teléfono fijo	Fax	Teléfono móvil	Correo electrónico	

RUBRO 5 - ACTIVIDAD ECONÓMICA

	Alta	Baja	Grupo	Sub G	Cap	Band
Actividad Principal						
Actividad Secundaria						
Actividad Secundaria						

RUBRO 6 - OBLIGACIONES

Alta	Baja	Obligación	Características					Alta	Baja	Obligación	Características					Alta	Baja	Obligación	Características										
			01	02	03	04	05				01	02	03	04	05				01	02	03	04	05						
		IRAE																											
		IVA - Construcc.																											
		IVA - Serv. Pers.																											
		IVA - AGROP.																											
		IVA - GRAL																											
		IVA - Peq. Emp.																											
		PAT - Entidades																											
		PAT - P.F.																											
		ITP																											
		ICOSA																											
		IMEBA																											
		IMEBA ADIC.																											
		FIS																											
		ENT.ASEGURA.																											
																				Características 01 Contribuyente 02 Agente de retención 03 Agente de percepción 04 Resp. por oblig. tributarias de 3ros 05 Responsable sustituto									

Firma Representante/Autorizado

Aclaración de Firma

												Nº de RUT																															
RUBRO 7 - OTROS DATOS																																											
Condición																																											
Importador								Exportador								Asimilado a Exportador								Imprenta Autorizada																			
Usuario directo Z. Franca								Usuario indirecto Z. Franca								Administradora de Crédito								Entidad Colaboradora																			
Establecim. De Temporada								No Contrib./ Cont. Exonerado								Ent.no resid. sin activ. empr.								Ent. resid. Atribuidora de rent.																			
Imprenta Autorizada WEB								Comercio autorizado Tax free								Registro INAC - CVA 90 días								Registro INAC - CVA 30 días																			
Otros (detallar)																																											
Balance				Día		Mes				Día		Mes				Día		Mes																									
Antecedentes																																											
En caso de inicio o reinicio por Transferencia, indicar la forma				Compra total								Compra parcial								Sucesión								Escisión								Fusión							
				Otros (detallar)																																							
Nombre o denominación del antecesor																Nº de Registro de Empresa								Nº de R U T																			
RUBRO 8 - RÉGIMEN DE APORTACIÓN AL B.P.S.																																											
Industria y comercio								Servicios Personales								Rural								Construcción								Civil											
RUBRO 9 - DATOS DEL TITULAR																																											
Persona Física (indicar)												Alta								Permanencia																							
Tipo de Vínculos Ingresar Código (*)		VF		SS				VF		SS				VF		SS				VF		SS				VF		SS				VF		SS									
		Dueño				Director				Socio				Cónyuge Colab.				Administrador				Síndico																					
		Socio sin Administración								Socio Administrador conjunto								Socio Administrador indistinto																									
		Representante								Otro (detallar)																																	
Tipo de documento								Nº de documento								País de origen del documento																											
C.I.				DNI								Pasaporte																															
1º Apellido								2º Apellido								1º Nombre								2º Nombre																			
Fecha de Nacimiento								Estado Civil								Sexo								Firma																			
Tipo de residencia				NO Residente								Residente								País de residencia																							
Domicilio Particular																																											
Departamento								Localidad								Calle								Número				Adjunto				Apart.				Código postal							
Complemento del domicilio				Nº torre, Edif., Block								Calle interna								Manzana								Solar															
Ruta				Km.				Nombre del establecimiento								Nº de Padrón				Nº de Secc. Judicial				Nº de Secc. Policial				Paraje															
Otros detalles de ubicación: (Ej. Entre calle y calle)																																											
Teléfono fijo								Fax								Teléfono móvil								Correo electrónico								Otro correo electrónico o contacto											
Persona Física (indicar)												Alta								Permanencia																							
Tipo de Vínculos Ingresar Código (*)		VF		SS				VF		SS				VF		SS				VF		SS				VF		SS				VF		SS									
		Dueño				Director				Socio				Cónyuge Colab.				Administrador				Síndico																					
		Socio sin Administración								Socio Administrador conjunto								Socio Administrador indistinto																									
		Representante								Otro (detallar)																																	
Tipo de documento								Nº de documento								País de origen del documento																											
C.I.				DNI								Pasaporte																															
1º Apellido								2º Apellido								1º Nombre								2º Nombre																			
Fecha de Nacimiento								Estado Civil								Sexo								Firma																			
Tipo de residencia				NO Residente								Residente								País de residencia																							
Domicilio Particular																																											
Departamento								Localidad								Calle								Número				Adjunto				Apart.				Código postal							
Complemento del domicilio				Nº torre, Edif., Block								Calle interna								Manzana								Solar															
Ruta				Km.				Nombre del establecimiento								Nº de Padrón				Nº de Secc. Judicial				Nº de Secc. Policial				Paraje															
Otros detalles de ubicación: (Ej. Entre calle y calle)																																											
Teléfono fijo								Fax								Teléfono móvil								Correo electrónico								Otro correo electrónico o contacto											
Observaciones																																											
Firma del Representante o Autorizado																TIMBRE PROFESIONAL																											
Aclaración de firma																																											
Documento de Identidad																																											

El/los firmante/s declara/n que los datos establecidos en este formulario son correctos y completos y que conoce/h las sanciones aplicables en caso de falsa declaración, previsto en los Art. 96 del Código Tributario y 239 del Código Penal.

RUBRO 1 - IDENTIFICACIÓN

BPS	N° de REGISTRO DE CONTRIBUYENTE		N° de REGISTRO EMPRESA		DGI	N° de RUT		Vigencia del acto		
	C.I.							Día	Mes	Año
	ATYR									

RUBRO 10- DATOS DE PERSONAS FÍSICA VINCULADAS

Persona Física Vinculada (Indicar)										Alta		Permanencia			
Tipo de Vínculos Ingresar Código (*)	VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS	
	Dueño		Director		Socio		Cónyuge colab.		Administrador		Sindico				
	Socio sin Administración				Socio Administrador conjunto				Socio Administrador indistinto						
	Representante				Otro (detallar)										
Tipo de documento										N° de documento		País de origen del documento			
C.I.	DNI		Pasaporte												
1° Apellido			2° Apellido			1° Nombre			2° Nombre						
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Sexo		Firma									
Tipo de residencia		No Residente		Residente		País de residencia									
Domicilio Particular															
Departamento		Localidad		Calle				Número		Adjunto		Apart.		Código postal	
Complemento del domicilio		N° torre, Edif., block		Calle interna		Manzana		Solar							
Otros detalles de ubicación: (Ej.: Entre calle y calle; Ruta, Km. Nombre establecimiento, No. de Padrón, Sec. Jud., Sec. Pol., Paraje)															
Teléfono fijo		Fax		Teléfono móvil		Correo electrónico				Otro correo electrónico o contacto					

En los casos de Persona Física RESIDENTE sin actividad empresarial, el domicilio que se declara corresponde al domicilio fiscal a todos los efectos tributarios.

Persona Física Vinculada (Indicar)										Alta		Permanencia			
Tipo de Vínculos Ingresar Código (*)	VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS	
	Dueño		Director		Socio		Cónyuge colab.		Administrador		Sindico				
	Socio sin Administración				Socio Administrador conjunto				Socio Administrador indistinto						
	Representante				Otro (detallar)										
Tipo de documento										N° de documento		País de origen del documento			
C.I.	DNI		Pasaporte												
1° Apellido			2° Apellido			1° Nombre			2° Nombre						
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Sexo		Firma									
Tipo de residencia		No Residente		Residente		País de residencia									
Domicilio Particular															
Departamento		Localidad		Calle				Número		Adjunto		Apart.		Código postal	
Complemento del domicilio		N° torre, Edif., block		Calle interna		Manzana		Solar							
Otros complementos o detalles de ubicación: (Ej.: Entre calle y calle; Ruta, Km. Nombre establecimiento, No. de Padrón, Sec. Jud., Sec. Pol., Paraje)															
Teléfono fijo		Fax		Teléfono móvil		Correo electrónico				Otro correo electrónico o contacto					

En los casos de Persona Física RESIDENTE sin actividad empresarial, el domicilio que se declara corresponde al domicilio fiscal a todos los efectos tributarios.

Persona Física Vinculada (Indicar)										Alta		Permanencia			
Tipo de Vínculos Ingresar Código (*)	VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS	
	Dueño		Director		Socio		Cónyuge colab.		Administrador		Sindico				
	Socio sin Administración				Socio Administrador conjunto				Socio Administrador indistinto						
	Representante				Otro (detallar)										
Tipo de documento										N° de documento		País de origen del documento			
C.I.	DNI		Pasaporte												
1° Apellido			2° Apellido			1° Nombre			2° Nombre						
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Sexo		Firma									

Firma del Representante o Autorizado	Aclaración de Firma

No de RUT

Tipo de residencia	NO Residente		Residente		País de residencia	
Domicilio Particular						
Departamento	Localidad		Calle		Número	Adjunto

Complemento del domicilio	N° torre, Edif., block		Calle interna		Manzana		Solar	
Otros detalles de ubicación: (Ej.: Entre calle y calle; o, Ruta, Km. Nombre de establecimiento, No. de Padrón, Sec. Jud., Sec. Pol., Paraje)								
Teléfono fijo	Fax		Teléfono móvil		Correo electrónico		Otro correo electrónico o contacto	

En los casos de Persona Física RESIDENTE sin actividad empresarial, el domicilio que se declara corresponde al domicilio fiscal a todos los efectos tributarios.

Persona Física Vinculada (Indicar)												Alta		Permanencia	
Tipo de Vínculos Ingresar Código (*)		VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS		VF	SS
	Dueño		Director		Socio		Cónyuge colab.		Administrador		Sindico				
	Socio sin Administración				Socio Administrador conjunto				Socio Administrador indistinto						
	Representante				Otro (detallar)										
Tipo de documento						N° de documento				País de origen del documento					
C.I.	DNI		Pasaporte												
1° Apellido			2° Apellido			1° Nombre			2° Nombre						
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Sexo		Firma									

Tipo de residencia	NO Residente		Residente		País de residencia	
Domicilio Particular						
Departamento	Localidad		Calle		Número	Adjunto
Complemento del domicilio						
N° torre, Edif., block				Calle interna		Manzana
Otros detalles de ubicación: (Ej.: Entre calle y calle; o, Ruta, Km. Nombre de establecimiento, No. de Padrón, Sec. Jud., Sec. Pol., Paraje)						
Teléfono fijo	Fax		Teléfono móvil		Correo electrónico	

En los casos de Persona Física RESIDENTE sin actividad empresarial, el domicilio que se declara corresponde al domicilio fiscal a todos los efectos tributarios.

Baja de la Persona Física Vinculada						
Indicar	Baja voluntaria		Baja por fallecimiento			
Tipo de documento			N° de documento		País de origen del documento	
C.I.	DNI		Pasaporte			
1° Apellido		2° Apellido		1° Nombre		2° Nombre

Baja de la Persona Física Vinculada						
Indicar	Baja voluntaria		Baja por fallecimiento			
Tipo de documento			N° de documento		País de origen del documento	
C.I.	DNI		Pasaporte			
1° Apellido		2° Apellido		1° Nombre		2° Nombre

Baja de la Persona Física Vinculada						
Indicar	Baja voluntaria		Baja por fallecimiento			
Tipo de documento			N° de documento		País de origen del documento	
C.I.	DNI		Pasaporte			
1° Apellido		2° Apellido		1° Nombre		2° Nombre

Baja de la Persona Física Vinculada (Indicar)						
Indicar	Baja voluntaria		Baja por fallecimiento			
Tipo de documento			N° de documento		País de origen del documento	
C.I.	DNI		Pasaporte			
1° Apellido		2° Apellido		1° Nombre		2° Nombre

Firma del Representante o Autorizado	
Aclaración de firma	
Documento de Identidad	

TIMBRE
PROFESIONAL

El/los firmante/s declara/n que los datos establecidos en este formulario son correctos y completos y que conoce/n las sanciones aplicables en caso de falsa declaración, previsto en los Art.96 del Código Tributario y 239 del Código Penal.



INCENDIO

SOLICITUD DE SEGURO INCENDIO EMPRESA

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____

Póliza N° _____

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

SELLO DE ENTRADA

DATOS DEL ASEGURADO

Persona Nombre completo _____

C.I. ☐ N° _____ Doc. extranjero ☐ Tipo _____ País _____ N° _____

Fecha nacim. _____ Actividad principal _____ otra actividad _____

Sexo: femenino ☐ masculino ☐ Estado Civil _____

Empresa Razón Social _____

Giro _____ Nombre de Fantasía _____

Empresa Unipersonal: Sí ☐ No ☐ RUT _____

Domicilio real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____

Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____

E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

Se entiende por "personas expuestas políticamente" a las personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas de importancia en el país o en el extranjero, tales como: Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, empleados importantes de partidos políticos, directores y altos funcionarios de empresas estatales y otras entidades públicas (Art. 76 de la R.N.S.R.).

1- ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, sírvase indicar el cargo desempeñado _____

2- ¿Está vinculado con una persona expuesta políticamente? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, sírvase indicar el vínculo _____

Nota: Si respondió afirmativamente a la pregunta 1, deberá completar el formulario correspondiente a Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235) y si respondió afirmativamente a la pregunta 2, el formulario correspondiente a Debida diligencia - Persona Física (Fórm. 3209).

DATOS DEL CONTRATO

Forma de pago Moneda: \$ ☐ U\$S ☐ Contado ☐ Financiado ☐ Cant. de cuotas _____

Medio de pago Locales de cobranza ☐ Débito bancario o Tarjeta de crédito ☐ Otro ☐ detalle _____

Si es débito o tarjeta, deberá adjuntar formularios correspondientes.

Envío de Factura Por e-mail ☐ dirección de e-mail: _____ A domicilio ☐

Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio real del Asegurado, llene a continuación

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____

Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____

Localidad _____ Departamento _____

Vigencia del seguro Desde _____ hasta _____

Régimen impositivo especial Recinto aduanero ☐ Recinto portuario ☐ Zona franca ☐

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA



UBICACIÓN DEL RIESGO

Datos del riesgo principal

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____
 Padrón N° _____ Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____
 Localidad _____ Departamento _____

Relación con el bien asegurado Propietario ☐ Acreedor hipotecario ☐ Arrendatario ☐
 Otros ☐ (especificar) _____

Cesión de derechos Persona Apellidos _____ Nombres _____
 C.I. _____ RUT _____
Empresa Razón Social _____ RUT _____
¿El terreno es propio? Sí ☐ No ☐

Material de construcción (marcar y especificar)

<p>Paredes Sólidas <input type="checkbox"/> Livianas no combustibles <input type="checkbox"/> Livianas combustibles <input type="checkbox"/> Materiales Combinados <input type="checkbox"/> % %</p>	<p>Techos Sólidos <input type="checkbox"/> Livianas no combustibles <input type="checkbox"/> Livianas combustibles <input type="checkbox"/> Materiales Combinados <input type="checkbox"/> % %</p>
--	---

¿Existen revestimientos exteriores? Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, sírvase indicarnos:

Comunicación con linderos (marcar y especificar) ¿Existen linderos?: Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, sírvase indicar ocupación:

Edificio Sí ☐ No ☐

Edificio y/o instalaciones	Capital
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Contenido Sí ☐ No ☐ **Asegura** Existencias totales ☐ Capital _____
 Desglosado en capítulos (mercadería y maquinaria) ☐
 Contenido general Capital _____
 Maquinarias e instalaciones Capital _____
 Mercaderías Capital _____

¿Contrata mercadería en cuenta corriente? Sí ☐ No ☐ El capital de mercadería debe ser como mínimo U\$S 50.000

En caso de contratar pérdida de beneficios, deberá llenar el formulario 1475, 3018 o 1094 según corresponda

A PRIMER RIESGO

Cristales Sí ☐ No ☐ Capital _____

ESTRUCTURAS VARIAS

Antenas de radioaficionados, de equipos de enlace, VHF, UHF <input type="checkbox"/>	Letreros luminosos sobre columnas <input type="checkbox"/>
Antenas de radiodifusión, TV - Tipo EIFFEL <input type="checkbox"/>	Alambradas <input type="checkbox"/>
Antenas de radiodifusión, TV - Tipo ESPIGA <input type="checkbox"/>	Molinos de agua <input type="checkbox"/>
Antena parabólica <input type="checkbox"/>	Molinos de viento <input type="checkbox"/>
Letreros luminosos adosados a paredes sólidas <input type="checkbox"/>	Surtidores de nafta <input type="checkbox"/>
Paneles solares <input type="checkbox"/>	Columnas de iluminación <input type="checkbox"/>
Otras <input type="checkbox"/> (especificar) _____	

DATOS DE OTROS RIESGOS

1	Calle	N°	Unidad	Apto.
	Padrón N°	Solar N°	Km.	Ruta
	Localidad	Departamento		

Material de construcción (marcar y especificar)

Paredes	Sólidas <input type="checkbox"/>	Techos	Sólidos <input type="checkbox"/>
	Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>		Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>
	Livianas combustibles <input type="checkbox"/>		Livianas combustibles <input type="checkbox"/>
	Materiales Combinados <input type="checkbox"/> %		Materiales Combinados <input type="checkbox"/> %
	%		%

¿Existen revestimientos exteriores? Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, sírvase indicarnos:

Comunicación con linderos (marcar y especificar) ¿Existen linderos?: Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, sírvase indicar ocupación:

Edificio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Edificio y/o instalaciones	Capital

Contenido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asegura	Existencias totales <input type="checkbox"/>	Capital
			Desglosado en capítulos (mercadería y maquinaria) <input type="checkbox"/>	
			Contenido general	Capital
			Maquinarias e instalaciones	Capital
			Mercaderías	Capital

2	Calle	N°	Unidad	Apto.
	Padrón N°	Solar N°	Km.	Ruta
	Localidad	Departamento		

Material de construcción (marcar y especificar)

Paredes	Sólidas <input type="checkbox"/>	Techos	Sólidos <input type="checkbox"/>
	Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>		Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>
	Livianas combustibles <input type="checkbox"/>		Livianas combustibles <input type="checkbox"/>
	Materiales Combinados <input type="checkbox"/> %		Materiales Combinados <input type="checkbox"/> %
	%		%

¿Existen revestimientos exteriores? Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, sírvase indicarnos:

Comunicación con linderos (marcar y especificar) ¿Existen linderos?: Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, sírvase indicar ocupación:

Edificio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Edificio y/o instalaciones	Capital

Contenido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asegura	Existencias totales <input type="checkbox"/>	Capital
			Desglosado en capítulos (mercadería y maquinaria) <input type="checkbox"/>	
			Contenido general	Capital
			Maquinarias e instalaciones	Capital
			Mercaderías	Capital

COBERTURAS ADICIONALES QUE CONFORMAN LA PRIMA PAQUETE

Huracanes, Tornados y Tempestades (HTT) ☐
Precipitaciones de Aviones y Embestida de Vehículos (PAEV) ☐
Tumulto Incendio (IT) ☐

Tumulto Daños Materiales (TDM) ☐
Explosión ☐
Humo interior ☐

Otras coberturas adicionales

Humo Exterior (edificio y contenido) ☐
Inundaciones y Temporales (edificio y contenido)
se deberá adjuntar cuestionario ☐
Terremoto (edificio y contenido) ☐

Remoción de escombros en exceso (edificio) ☐
Desmantelam. de máq. y limpieza restos (contenido) ☐
Alteración de Corriente (contenido) ☐
Combustión Espontánea (contenido) ☐
Cese de Frío (contenido) ☐

Capital

Pérdida de Beneficios (se deberá completar el formulario que corresponda)

PYMES - Fórm. 1094

Estándar - Fórm. 1475

Sistema de Diferencia - Fórm. 3018

MODALIDAD DE COBERTURA

Este seguro se cubre a valor real, en caso de desear cubrir a valor de reposición a nuevo algún bien, deberá cumplir con determinados requisitos y ser previamente aceptado por el Banco

HISTORIA SINIESTRAL (últimos 5 años)

Fecha <input type="text"/>	Tipo de siniestro	Monto
Fecha <input type="text"/>	Tipo de siniestro	Monto

PLURALIDAD DE SEGUROS

Sírvase indicar si existen otros seguros sobre los bienes a asegurar

Bien	Capital	Compañía
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IMPORTANTE

La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros del Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Salvo indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al mediodía siguiente de aceptada esta solicitud.

Regla proporcional: Cuando en el momento del siniestro los bienes asegurados por la presente póliza tengan un valor real o reposición a nuevo -según la modalidad de cobertura- superior al que han sido asegurados, el Asegurado será considerado como su propio asegurador por el exceso.

DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta.

Fecha Firma del Asegurado Aclaración firma
C.I. código serial

DECLARACIÓN DEL CORREDOR

Vistas las características y condiciones del riesgo, no tengo observaciones que formular a la precedente información.

Corredor N° Firma del Corredor Aclaración de firma



Solicitud de Clasificación de Empresas según sus Actividades *

Completar en computadora e imprimir a doble faz de ser posible.

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD						
DATOS GENERALES DE LA EMPRESA A CLASIFICAR						
Razón Social					RUT	
Nº inscripción en BPS			Nº MTSS (planilla)			
Domicilio						
Ciudad			Departamento			
Teléfono/Fax			Correo electrónico			
Grupo actual						
Sub grupo actual						
DATOS DEL SOLICITANTE						
Indique quien lo solicita	Trabajador		Empresa		Sindicato	
Sindicato / Sigla						
Nombre						
Documento de identidad						
Domicilio						
Ciudad			Departamento			
Teléfono/Fax			Correo electrónico			
INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA EMPRESA **						
Cantidad total de personas ocupadas por la empresa						
Información de la Actividad considerada como principal						
Breve descripción de la actividad						
Cantidad de trabajadores asociados a esta actividad	De la empresa					
	Tercerizados					
Volumen físico						
% que representa en la facturación total						

Solicitud de Clasificación de Empresas según sus Actividades *

Información de la Actividad secundaria (si corresponde)		
Breve descripción de la actividad		
Cantidad de trabajadores asociados a esta actividad	De la empresa	
	Tercerizados	
Volumen físico		
% que representa en la facturación total		
Información de la Actividad adicional (si corresponde)		
Breve descripción de la actividad		
Cantidad de trabajadores asociados a esta actividad	De la empresa	
	Tercerizados	
Volumen físico		
% que representa en la facturación total		
Información detallada de las actividades de la empresa		
<p>Descripción detallada de todos los procesos productivos o de prestación de servicios con indicación de maquinaria y materias primas utilizadas en cada uno. Distinguir actividad principal, secundaria y adicional, señalando los puntos de contacto de corresponder</p>		

NOTA: Solo en caso de completar todos los requisitos será admitido para su estudio en la Comisión.

* La clasificación se realizará según los grupos y subgrupos de los Consejos de Salarios según Decreto N° 326/008.

** Dicha información podrá ser ampliada en anexo a este formulario.

Firma

Diseño de comprobantes que justifiquen gastos e ingresos de la empresa

Boleta al contado

Imagine All Tech RUC: 21 345678 0018
 Informática **CONTADO**
 Av. de las Leyes 2200 Serie A N° 000001
 11400 Montevideo

CONTRIBUYENTE EXONERADO COM-
 PRENDIDO EN EL LITERAL E DEL ARTÍCULO
 33 DEL TÍTULO 4 DEL TEXTO ORDENA-
 DO 1996

F E C H A		
DIA	MES	AÑO

NOMBRE: _____
 DOMICILIO: _____

DETALLE	IMPORTE

IMPRESA LOS CEIBOS S.A.
 R.U.C.: 21 234567 0014
 CONTADO - A / 000001 AL 000100 - 2 VIAS
 CONSTANCIA: 96 01 0234021 FECHA: 5/96
 D.T.: 311 IMPRESA AUTORIZADA

TOTAL \$ _____

ORIGINAL: CLIENTE

Imagine All Tech RUC: 21 123456 0018
 Av. de las Leyes 2200 **CONTADO**
 Tel. 240.220 Serie A N° 000101
 11400 Montevideo

R.U.C. COMPRADOR		CONSUMO FINAL	F E C H A		
			DIA	MES	AÑO

NOMBRE: _____
 DOMICILIO: _____

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO	
		UNITARIO	TOTAL

IVA AL DIA SUB-TOTAL
 IMPRESA LOS CEIBOS S.A.
 R.U.C.: 21 234567 0014
 CONTADO - A / 000101 AL 000200 - 3 VIAS
 CONSTANCIA: 96 01 0123113 FECHA: 5/96
 D.T.: 304 IMPRESA AUTORIZADA

TOTAL \$ _____

ORIGINAL: CLIENTE

Imagine All Tech RUC: 21 123456 0018
 Av. de las Leyes 2200 **CONTADO**
 Tel. 240.220 Serie A N° 000201
 11400 Montevideo

CONSUMO FINAL

F E C H A		
DIA	MES	AÑO

NOMBRE: _____
 DOMICILIO: _____

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO	
		UNITARIO	TOTAL

IVA AL DIA
 IMPRESA LOS CEIBOS S.A.
 R.U.C.: 21 234567 0014
 CONTADO - A / 000201 AL 000300 - 2 VIAS
 CONSTANCIA: 96 01 0123113 FECHA: 5/96
 D.T.: 305 IMPRESA AUTORIZADA

TOTAL \$ _____

(I.V.A. INCLUIDO)

ORIGINAL: CLIENTE

Nota de devolución al contado

Imagine All Tech		RUC: 21 123456 0018	
Av. de las Leyes 2200		NOTA DE	
Tel. 240.220		DEVOLUCIÓN CONTADO	
11400 Montevideo		Serie A Nº 000401	

R.U.C. COMPRADOR	CONSUMO FINAL	F E C H A		
		DIA	MES	AÑO

NOMBRE:

DOMICILIO:

CANTIDAD	DETALLE	P R E C I O	
		UNITARIO	TOTAL

IVA AL DIA	SUB-TOTAL	
IMPRESA LOS CEIBOS S.A.	I.V.A. %	
R.U.C.: 21 234567 0014	TOTAL \$	

DEV. CONTADO - A / 000401 AL 000500 - 2 VIAS
 CONSTANCIA: 96 01 0123113 FECHA: 5/96
 O.T.: 307 IMPRESA AUTORIZADA

ORIGINAL: CLIENTE

Factura de crédito

Imagine All Tech		RUC: 21 123456 0018	
Av. de las Leyes 2200		NOTA de CREDITO	
Tel. 240.220		Serie A Nº 000601	
11400 Montevideo			

R.U.C. COMPRADOR	CONSUMO FINAL	F E C H A		
		DIA	MES	AÑO

NOMBRE:

DOMICILIO:

CANTIDAD	DETALLE	P R E C I O	
		UNITARIO	TOTAL

IVA AL DIA	SUB-TOTAL	
IMPRESA LOS CEIBOS S.A.	I.V.A. %	
R.U.C.: 21 234567 0014	TOTAL \$	

NOTA de CRÉDITO - A / 000601 AL 000700 - 2 VIAS
 CONSTANCIA: 96 01 0123113 FECHA: 5/96
 O.T.: 309 IMPRESA AUTORIZADA

ORIGINAL: CLIENTE

Nota de débito

Imagine All Tech		RUC: 21 123456 0018	
Av. de las Leyes 2200		NOTA de DEBITO	
Tel. 240.220		Serie A N° 000501	
11400 Montevideo			

R.U.C. COMPRADOR	CONSUMO FINAL	F E C H A		
		DIA	MES	AÑO

NOMBRE:

DOMICILIO:

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO	
		UNITARIO	TOTAL

IVA AL DIA	SUB-TOTAL	
IMPRESA LOS CEIBOS S.A.	I.V.A. %	
R.U.C.: 21 234567 0014		
NOTA de DÉBITO - A / 000501 AL 000600 - 2 VIAS	TOTAL \$	
CONSTANCIA: 96 01 0123113	FECHA: 5/96	
O.T.: 308	IMPRESA AUTORIZADA	ORIGINAL: CLIENTE

Nota de crédito

Imagine All Tech		RUC: 21 123456 0018	
Av. de las Leyes 2200		NOTA de CREDITO	
Tel. 240.220		Serie A N° 000601	
11400 Montevideo			

R.U.C. COMPRADOR	CONSUMO FINAL	F E C H A		
		DIA	MES	AÑO

NOMBRE:

DOMICILIO:

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO	
		UNITARIO	TOTAL

IVA AL DIA	SUB-TOTAL	
IMPRESA LOS CEIBOS S.A.	I.V.A. %	
R.U.C.: 21 234567 0014		
NOTA de CRÉDITO - A / 000601 AL 000700 - 2 VIAS	TOTAL \$	
CONSTANCIA: 96 01 0123113	FECHA: 5/96	
O.T.: 309	IMPRESA AUTORIZADA	ORIGINAL: CLIENTE

Recibo final

Imagine All Tech			RUC: 21 123456 0018		
Av. de las Leyes 2200			RECIBO OFICIAL		
Tel. 240.220			Nº 001		
11400 Montevideo			F E C H A		
			D I A M E S A Ñ O		
DETALLE de FACTURAS			\$		
Fecha	Número	Importe			
Total		\$			
IMPRENTA LOS CEIBOS S.A. R.U.C.: 21 234567 0014			Por MAVISU S.R.L.		
RECIBO OFICIAL: 001 AL 100 - 2 VIAS			Original: CLIENTE		
FECHA: 5/96 - D.T.: 310					

Matriz FODA

- **Fortalezas:** Amplia experiencia en diseño gráfico, diseñadores altamente capacitados y creativos, excelente reputación en el mercado y amplia cartera de clientes.
- **Oportunidades:** Aumento de la demanda de diseño gráfico en el mercado, posibilidad de expandir los servicios ofrecidos a diseño web y marketing digital, acceso a nuevas tecnologías y posibilidad de establecer alianzas estratégicas con empresas afines.
- **Debilidades:** Dependencia de clientes clave, falta de diversificación en los servicios ofrecidos, limitaciones en cuanto a recursos financieros y tecnológicos y competencia cada vez más fuerte en el mercado.
- **Amenazas:** Crisis económicas que disminuyan la inversión en publicidad y marketing, aparición de nuevas empresas en el mercado, posibilidad de que los clientes realicen sus propios diseños sin la necesidad de contratar servicios de diseño gráfico y cambios en las tendencias y modas en cuanto a diseño gráfico.

Plan de Marketing

1. Estudio de mercado: análisis de la industria de diseño web, tamaño del mercado, competencia y tendencias actuales, e identificación de variables clave que influyen en las decisiones de compra de los clientes.
2. Identificación del consumidor y segmentos del mercado: identificación del público objetivo, segmentación del mercado en grupos con necesidades y deseos similares, e identificación de los segmentos más atractivos y rentables.
3. Análisis de la competencia: identificación de los principales competidores, así como de sus fortalezas y debilidades.

Mezcla Comercial

1. Diseño y desarrollo de sitios web personalizados: diseño de sitios web desde cero, optimización de sitios web existentes e integración de funciones y características personalizadas en los sitios web de los clientes.
2. SEO y marketing de contenidos: creación de contenido optimizado para SEO, optimización de palabras clave y creación de estrategias de contenido para aumentar el tráfico y la visibilidad en línea de los clientes.
3. Servicios de consultoría y asesoramiento: asesoramiento sobre la estrategia de marketing en línea de los clientes, optimización de sitios web existentes e identificación de oportunidades de mejora y crecimiento.