



Comercio al por Mayor

Mes de referencia	Año	Rol	Dv rol
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA/CASA MATRIZ

Rut:	DV RUT:	Razón Social:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de Fantasía:	Representante Legal:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección: Calle o Avenida / Número / Oficina / Local	Región:	Comuna:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico del representante legal:	Teléfono:	Celular:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sitio Web:	<input type="text"/>	
Actividad económica:	Glosa:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Propósito de la encuesta		Extractos de la Ley Orgánica 17.374

B. NÚMERO DE TIENDAS Y/O ESTABLECIMIENTOS

Indique el número de establecimientos y/o tiendas de su unidad estadística en el mes de referencia.

Cod.	Concepto	Cantidad
1	Número de locales / Establecimientos totales	<input type="text"/>
2	Número de locales / Establecimientos abiertos en el mes	<input type="text"/>

B.1. VENTAS, EN EL MES DE REFERENCIA

Indique las ventas totales de su unidad estadística SIN IVA, y en PESOS CHILENOS. Favor clasificar ventas según las líneas de productos indicadas a continuación, diferenciando según el canal de ventas (para mayor detalle ver INSTRUCTIVO).

Cod.	Concepto	Venta presencial	Venta por internet	Venta total
4A	Alimentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4B	Bebidas y tabaco	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Art. farmacéuticos y medicinales, productos de aseo y cosméticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.1	Menaje y otros artículos para el hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.2	Productos tecnológicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.3	Productos electrónicos y para el equipamiento del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.4	Muebles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Maquinaria, equipo de uso industrial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Otros ingresos no clasificados previamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Totales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. OBSERVACIONES

Marque con una X si su empresa se encuentra en alguna de las siguientes situaciones que le impidan responder adecuadamente la encuesta.

Término de giro	<input type="checkbox"/>	Quiebra	<input type="checkbox"/>
Sin movimiento o paralizada	<input type="checkbox"/>	Fusión	<input type="checkbox"/>
Cambio de giro o actividad	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="text"/>

Respecto a la información proporcionada en la sección B, favor indicar las razones detrás de las disminuciones o aumentos de sus ventas respecto al mes precedente (t-1) y al mismo mes del año anterior (t-12) (para mayor detalle ver INSTRUCTIVO).

D. DATOS DEL INFORMANTE

Nombre del Informante:	Cargo que desempeña:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail 1:	E-Mail 2:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código de área / Teléfono 1:	Código de área / Teléfono 2:
<input type="text"/>	<input type="text"/>