



Mes de referencia	Año	Rol	Dv rol
-------------------	-----	-----	--------

A. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA/CASA MATRIZ

Rut:	DV RUT:	Razón Social:
Nombre de Fantasia:		
Representante Legal:		
Dirección: Calle o Avenida / Número / Oficina / Local		Región: Comuna:
Correo electrónico del representante legal:		Teléfono: Celular:
Sitio Web:		
Actividad económica:	Glosa:	

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Indique el formato del establecimiento, nombre de fantasía, dirección, número de teléfono y celular que tiene el establecimiento en el mes de referencia.

Formato del establecimiento:		
Nombre de fantasía:		
Dirección: Calle o Avenida / Número / Oficina / Local	Región:	Comuna:
Teléfono:	Celular:	
Propósito de la encuesta		Extractos de la Ley Orgánica 17.874

B. NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS, SUPERFICIE DE SALA DE VENTAS (M²) Y NÚMERO DE CAJAS INSTALADAS

Indique el número de días trabajados, superficie de sala de venta (m²) y número de cajas instaladas en el mes de referencia.

Cod.	Concepto	Cantidad
1	Número de días trabajados	
2	Superficie de sala de venta (m ²)	
3	Número de cajas instaladas	

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
2	Repuestos, neumáticos, accesorios de vehículos automotores			
3.2	Combustible de uso doméstico			
4.A.1	Carnes y pescados			
4.A.2	Pan y productos de panadería			
4.A.3	Lácteos y huevo			
4.A.4	Frutas y verduras			
4.A.5	Abarrotes y otros productos alimenticios			
4.B.1	Bebidas alcohólicas			
4.B.2	Bebidas no alcohólicas			
4.B.3	Tabaco			
5.1	Medicamentos, productos farmacéuticos y terapéuticos			
5.2	Productos de aseo personal, perfumería y cosméticos			
6	Productos Textiles, prendas de vestir y calzado			
7.1	Menaje y otros artículos para el hogar			
7.2	Productos tecnológicos			
7.3	Productos electrónicos y para el equipamiento del hogar			
7.4	Muebles			
8	Materiales para la construcción, herramientas, ferretería y pintura			
9.1	Bienes de consumo diverso			
9.2	Productos de librerías			
9.3	Papeles tissue			
9.4	Productos de aseo para el hogar			
10	Otros ingresos no clasificados previamente			
12	Totales			

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="checkbox"/>

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:
E-Mail 1:	E-Mail 2:
Código de área / Teléfono 1:	Código de área / Teléfono 2: