



| | | | |
|-------------------|-----|-----|--------|
| 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: |