

# REQUISITOS PARA ASOCIARSE

1. Llenar formulario de solicitud para asociarse.
2. Sociedad debidamente constituida e inscrita en el Registro Mercantil.
3. Fotocopia de certificación de Personería Jurídica.
4. Fotocopia de Cédula Jurídica.
5. Fotocopia de cédula de identidad del representante legal.
6. Certificación de inscripción en la Dirección de Servicios de Seguridad Privados.
7. Fotocopia del permiso, en caso de armería, para la venta de armas de fuego.
8. Copia del recibo de la Póliza de Responsabilidad Civil vigente.
9. Copia del recibo de la Póliza de Riesgos del Trabajo vigente.
10. Certificación de la C.C.S.S. de que se encuentra al día con el pago de las cuotas obrero-patronales.
11. Tres cartas de recomendación de clientes a quienes están dando servicios actualmente.
12. Aceptar y firmar las normas, códigos de ética y estatutos de ACES.



Fecha: \_\_\_\_\_ Solicitud #: \_\_\_\_\_

## RAZÓN SOCIAL

Razón social: \_\_\_\_\_ Cédula Jurídica: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL APODERADO LEGAL

Nombre: \_\_\_\_\_ # Cédula: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## DE LA ACTIVIDAD DEL SOLICITANTE

Vigilancia ( )      Investigaciones ( )      Entrenamiento ( )      Alarmas ( )      Monitoreo ( )      Asesorías ( )

Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

### Indicar cantidad de personal:

Menor a 100 ( )      Entre 100 y 300 ( )      Entre 300 y 500 ( )      Más de 500 ( )

### Requisitos del Ministerio de Seguridad Pública – Dirección de Servicios de Seguridad Privada:

Fecha solicitud de inscripción: \_\_\_\_\_ Control Pass: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

## DE LAS RECOMENDACIONES

Para que su solicitud sea considerada, es necesaria la recomendación de dos empresas que se encuentren afiliadas a ACES, favor indique lo siguiente:

1. Razón social primer asociado que lo recomienda: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_ # Cédula: \_\_\_\_\_

2. Razón social segundo asociado que lo recomienda: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_ # Cédula: \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que los datos suministrados son verdaderos

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ # Cédula: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## PARA USO INTERNO DE LA ASOCIACIÓN

1. Confirmación de recomendación primer asociado \_\_\_\_\_

2. Confirmación de recomendación segundo asociado \_\_\_\_\_

## OPINIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA ACES

## RESULTADO

Sesión # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Aprobación: SI ( ) NO ( ) Firma del secretario: \_\_\_\_\_

En caso de no aprobación a la solicitud, las razones fueron: \_\_\_\_\_