



INTENDENCIA DE CANELONES

DIRECCION GENERAL DE OBRAS



Solicitud de inscripción en el Registro de Empresas
Contratistas de Obras en la vía pública

EMPRESA

Nombre de la Persona Jurídica			
RUT		Nombre de Fantasía	
Constituyendo domicilio	Calle:		Nº <input type="text"/> Apto. <input type="text"/>
	Localidad:		Departamento:
	e-mail:		Tel./Cel.:

REPRESENTANTE (LEGAL O APODERADO)

Nombre					
Documento de Identidad:				En calidad de:	
Domicilio	Calle:		Nº <input type="text"/> Apto. <input type="text"/>		
	Localidad:		Departamento:		
	e-mail:		Tel./Cel.:		

TECNICO

Nombre:		Profesión:	
e-mail:		Tel./Cel.:	

EQUIPOS DISPONIBLES MINIMOS (Artículo 20 - Decreto nº23)

Compresor <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>	Martillos neumáticos <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>
Camiones <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>	Pisones mecánicos <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>
Hormigoneras <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>	Plancha vibradora <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>
Tuneleras <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>	Rodillo mecánico vibratorio <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>
Pala Cargadora <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>	Equipo de calentamiento <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>
Sierra de disco <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>		

Observaciones

ELEMENTOS QUE ACREDITEN APTITUD (Artículo 18 - Decreto nº23)

**LA EMPRESA PRESENTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN
(Original, Fotocopia autenticada, o Fotocopia simple previo cotejo con su original)**

- Certificado Notarial a la fecha con control de Personería Jurídica y representación.
Si comparecen por apoderado, también Control de poder y vigencia a la fecha.
- Certificado del Registro Nacional de Empresas de Obras Públicas del M.T.O.P.
- Certificado previsto en la Ley nº 16170, del Banco de Previsión Social. (B.P.S.)
- Certificado del B.S.E., Ley nº 16074 por riesgo de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- Certificado de la Dirección General Impositiva (D.G.I.)
- Certificado Único Departamental. (C.U.D.)

Fecha: _____

Firma: _____
Representante de la Empresa

Aclaración de firma

Firma: _____
Técnico

Aclaración de firma

OFICINA RECEPTORA

Firma: _____ N° funcionario: _____

Fecha: _____