

Form BLS 700 028-ES

Business Licensing Service
PO Box 9034
Olympia WA 98507-9034
360-705-6741

Para validación, solo para uso de oficina



Solicitud de licencia comercial

Persona jurídica/nombre del propietario:

Identificador comercial unificado (Unified Business Identifier, UBI):

Para obtener un servicio más rápido, solicite en línea en dor.wa.gov/businesslicense

Las solicitudes en línea se procesan generalmente en diez días hábiles.

Puede tardar hasta tres semanas si presenta la solicitud en papel.

Si tiene endosos de ciudad, condado o estado, puede demorar de dos a tres semanas adicionales para recibir su licencia comercial debido al tiempo de aprobación.

Instrucciones sobre la tarifa de tramitación:

Se requiere una tarifa de tramitación de la Solicitud de licencia comercial por cada solicitud recibida, además de las tarifas de endoso o nombre comercial aplicables. Consulte a continuación para determinar la tarifa de tramitación.

Abrir/reabrir un negocio: \$50 (no reembolsable)

Si va a abrir el primer local de un nuevo negocio/UBI o va a reabrir un negocio/UBI que no tiene locales activos, introduzca \$50 en la casilla Tarifa de tramitación de la sección Endosos y tarifas. No se requiere ninguna otra tarifa de tramitación.

Agregar un local adicional: \$0

Si va a agregar un local adicional a su negocio actual, introduzca \$0 en la casilla Tarifa de tramitación de la sección Endosos y tarifas. No se requiere tarifa de tramitación.

Agregar un endoso de Negocio no residente de ciudad o condado a un local existente: \$0

Si su negocio no está físicamente ubicado dentro de los límites de la ciudad o en áreas no incorporadas de un condado pero usted viajará o hará negocios dentro de los límites de la ciudad o en áreas no incorporadas de un condado, se requiere un endoso de Negocio no residente de la ciudad o condado. (Las áreas no incorporadas no se encuentran dentro de los límites de ninguna ciudad del condado). Si va a agregar el endoso de Negocio no residente de una ciudad o condado a la cuenta de un local existente, ingrese \$0 en la casilla Tarifa de tramitación en la sección Endosos y tarifas. No se requiere tarifa de tramitación.

Cualquier otro fin: \$10 (no reembolsable)

Si realiza la solicitud para cualquier otro fin distinto de los indicados anteriormente, ingrese \$10 en la casilla Tarifa de tramitación de la sección Endosos y tarifas. No se requiere ninguna otra tarifa de tramitación.

Ejemplos: contratación de empleados, registro de un nombre comercial, adición de endosos adicionales a un local existente, empleado de hogar, etc.

1 Propósito de la solicitud *(marque todas las casillas que apliquen)*

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Abrir/reabrir negocio | La empresa tiene o tendrá empleados |
| Abrir local adicional | El negocio tiene o tendrá empleados menores de 18 años |
| Agregar un endoso al local existente | Si SOLO solicita agregar un permiso de trabajo para menores a su cuenta, y si este local comercial tiene una cuenta activa de indemnización por accidentes laborales con Departamento de Trabajo e Industrias (Department of Labor and Industries, L&I); y no hubo cambios en el negocio desde que se presentó la última Solicitud de licencia comercial, complete solo las secciones 2, 3a, 3c, 3d (y 3f para propietarios únicos), 5c y 6. |
| Cambiar titularidad | |
| Registrar nombre comercial | |
| Cambiar nombre comercial | Contrata a personas para trabajar en casa o en sus alrededores |
| Nombres a cancelar | |
| Cambiar de ubicación | |
| Dirección antigua a cambiar: | |
| Otro: | |

2 Endosos y tarifas

(utilice la hoja de Endosos y tarifas del Estado, la página web de la ciudad dor.wa.gov/cityendorsements y la página web del condado dor.wa.gov/countyendorsements para obtener la información necesaria para completar esta lista)"

Marque los registros necesarios (las tarifas se indican a la derecha)

Registro fiscal (DOR [Departamento de Ingresos])			\$0.00
¿Desea una declaración de impuestos separada para cada negocio?	Sí	No	
Seguro industrial (indemnización por accidentes laborales). <i>Obligatorio si va a tener empleados</i>			\$0.00
Seguro de desempleo. <i>Obligatorio si va a tener empleados</i>			\$0.00
Permiso de trabajo para menores. <i>Obligatorio si va a tener empleados menores de 18 años</i>			\$0.00
Nuevo nombre comercial (opera bajo el nombre de):			\$5.00

Lista de nombres comerciales adicionales (\$5 cada nombre) u otros endosos (tales como endosos adicionales de estado, ciudad o condado):

Nombres comerciales y endosos	Tarifa
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
5.	\$
6.	\$
7.	\$

Tarifa de tramitación: \$

Importe total a pagar: \$

Cómo pagar: adjunte un cheque por el importe total a pagar, incluidas las tarifas de tramitación no reembolsables, que deberá remitir junto con este formulario. Haga el cheque a nombre de Department of Revenue (Departamento de Ingresos).

3 Información sobre el propietario

a. Número federal de identificación del empleador (Federal Employee Identification Number, FEIN)

b. ***Seleccione una estructura de propiedad** (elija una):

Empresa unipersonal. Si está casado, ¿debe figurar el nombre del cónyuge en la licencia? Sí No
(Si la respuesta es negativa, deberá ingresar los datos del cónyuge en la sección 3f)

Corporación* Corporación sin fines de lucro*
(educativa, religiosa, benéfica)

Sociedad de responsabilidad limitada*
(Limited Liability Company, LLC)* Sociedad colectiva (número de socios:

Sociedad limitada (Limited Partnership, LP)* Sociedad de responsabilidad limitada
(Limited Liability Partnership, LLP)*

Sociedad limitada de responsabilidad limitada
(Limited Liability Limited Partnership, LLLP)* Empresa conjunta

**Estas estructuras de propiedad deben ponerse en contacto con la oficina del secretario de estado para conocer los requisitos de solicitud adicionales.*

Nombre de la corporación, LLC, sociedad colectiva, LLP, LLLP o empresa conjunta:

Estado de constitución/formación:

Año de constitución/formación:

Asociación

Fideicomiso

Municipalidad

Gobierno tribal

Nombre de la organización:

c. ***Fecha de inauguración de la empresa (DD/MM/AA):**

Esta es la primera fecha en que la estructura de propiedad comenzó a operar en esta ubicación. Las empresas de otros estados deben utilizar la primera fecha de actividad en WA. Si no se sabe, estimar la fecha.

d. ***Nombre del negocio principal:**

¿Se encuentra esta ubicación dentro de los límites de la ciudad? Sí No

e. ***Dirección postal de la empresa:**

Ciudad:

Estado:

Código postal:

***Dirección física de la empresa. No utilice apartado postal o Número de buzón privado (Private Mailbox Number, PMB):**

Ciudad:

Estado:

Código postal:

f. Número de teléfono de la empresa:

Correo electrónico:

g. **Enumere todos los propietarios y cónyuges:**

Esto incluye a cualquier propietario único, socio, directivo o miembro de la LLC (adjunte páginas adicionales si es necesario)

***Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):**

Cargo:

Número de Seguro Social*:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Porcentaje de participación*:

Teléfono de casa:

Correo electrónico:

¿Está casado? Sí No En caso afirmativo, ingrese los datos de su cónyuge a continuación.

Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre):

Número de Seguro Social del cónyuge:

Fecha de nacimiento del cónyuge:

Propietarios y cónyuges, continuación...

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):

Cargo: Número de Seguro Social*: Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Ciudad: Estado: Código postal:

Porcentaje de participación*: Teléfono de casa: Correo electrónico:

¿Está casado? Sí No En caso afirmativo, ingrese los datos de su cónyuge a continuación.

Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre):

Número de Seguro Social del cónyuge: Fecha de nacimiento del cónyuge:

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):

Cargo: Número de Seguro Social*: Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Ciudad: Estado: Código postal:

Porcentaje de participación*: Teléfono de casa: Correo electrónico:

¿Está casado? Sí No En caso afirmativo, ingrese los datos de su cónyuge a continuación.

Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre):

Número de Seguro Social del cónyuge: Fecha de nacimiento del cónyuge:

*El número de Seguro Social, el número de teléfono de casa y el porcentaje de participación son obligatorios para los propietarios únicos, socios, directivos de empresas y miembros de LLC de empresas que vayan a tener empleados. (Código Administrativo de Washington [Washington Administrative Code, WAC] 192-310-010) Si no se llena la sección "f" por completo, se producirán retrasos en la solicitud.

4 Información sobre el local/empresa

a. ¿Es usted una empresa de otro estado sin sede en Washington y tiene empleados o representantes que trabajan en Washington?

Empleados: Sí No Representantes: Sí No

En caso afirmativo, indique **una** de sus direcciones en Washington (no utilizaremos esta dirección con fines de envío postal):

Dirección de la empresa:

Ciudad: Estado: Código postal:

b. ¿Tiene previsto contratar a contratistas independientes o a personas que declarará en un formulario 1099? Sí No

Compruebe la definición de "contratistas independientes" en lni.wa.gov/insurance/insurance-requirements/independent-contractors

c. *Proporcione el ingreso bruto anual estimado en Washington (marque uno):

\$0 a \$12,000 \$12,001 a \$28,000 \$28,001 a \$60,000 \$60,001 a \$100,000 \$100,001 y más

d. Marque las actividades empresariales en el estado de Washington (marque todas las que apliquen):

Venta al por mayor Venta al por menor Fabricación Servicios

e. *Describa detalladamente los principales productos o servicios que ofrece en el estado de Washington:

f. ¿Compró, alquiló o adquirió la totalidad o una parte de una empresa existente? Totalidad Parte Nada

- Fecha de compra/arrendamiento/adquisición (DD/MM/AA): _____ Nombre anterior de la empresa: _____
- Nombre del propietario anterior: _____ Teléfono: _____
- g. ¿Ha comprado o alquilado instalaciones o equipos por los que no haya pagado el impuesto sobre el uso o las ventas?
 Sí No En caso afirmativo, indique el precio de compra o de arrendamiento: \$
- h. Si este negocio es propiedad de cualquier otra entidad comercial, o es controlado o afiliado a otra entidad, indique el nombre y el número de UBI de dicha entidad comercial.
 Nombre de la entidad: _____ Número de UBI: _____
 Nombre de la entidad: _____ Número de UBI: _____
- i. Si va a cambiar la estructura empresarial (por ejemplo, de empresa unipersonal a corporación) y desea cerrar la cuenta anterior, indique el número de UBI que desea cerrar:
 ¿Desea cancelar todos los nombres comerciales registrados con el antiguo número de UBI? Sí No
 Debe volver a registrar todos los nombres comerciales que utilice bajo la nueva estructura empresarial.
- j. ¿Ha tenido alguna vez otro negocio? Sí No
 En caso afirmativo, nombre de la empresa: _____ número de UBI: _____
- k. Nombre de su banco: _____ Sucursal: _____

5 Empleo/cobertura electiva

Los puntos 5a y 5c son obligatorios si se contrata a empleados o menores.
 No se pueden establecer **cuentas de empleo** a menos que tenga previsto contratar a personas en los **próximos 90 días**. Si se establecen cuentas, se pedirán informes trimestrales de Seguridad de Empleo y Trabajo e Industrias **aunque no haya contratado**.

- a. *Fecha del primer empleo o empleo previsto en este local (DD/MM/AA): _____
 Primera fecha de pago del salario (DD/MM/AA): _____
- b. Número de personas que emplea o tiene previsto emplear en este local (no incluya a los propietarios): _____
- c. *Estime el número de personas menores de 18 años (menores) que empleará en los próximos 12 meses y las funciones que desempeñarán:

Edad	Número de empleados	Funciones que realizarán los menores (consulte lni.wa.gov/workers-rights/youth-employment/how-to-hire-minors)
16-17		
14-15		
Menores de 14 años		

Antes de la verificación de los menores de 14 años, complete los documentos requeridos. Consulte la publicación F700-118-000 en lni.wa.gov/forms-publications/F700-118-000.pdf

- d. Marque la casilla que mejor describa la actividad principal de su empresa (**elija una**):
- | | |
|--|--|
| (01) Operaciones en mampostería | (03) Construcción/Energía/Gestión inmobiliaria |
| (05) Marítimo/barcos/estibador | (07) Madera/Piedra/Vidrio y Minería |
| (09) Servicios a vehículos/Transporte | (11) Fabricación: Alimentación/Hielo/Bebidas |
| (13) Venta al por menor/Venta al por mayor:
tiendas y almacenes | (15) Medios de comunicación/Entretenimiento/
Hostelería |
| (02) Tala de madera/Forestación | (04) Empresa de trabajo temporal/Arrendamiento de
empleados |
| (06) Electrónica/Servicios públicos/Máquinas
expendedoras | (08) Fabricación: Metal/Talleres mecánicos/Molinería |
| (10) Fabricación: Química/textiles/papel | (12) Agricultura/Ganadería |
| (14) Servicios de alimentación/Quehaceres/Vida asistida/
Conserje | (16) T.I./Servicios profesionales/Med/Salón/Escuelas |

e. Describa detalladamente las actividades de sus trabajadores. A continuación, calcule el total de horas de los trabajadores durante un período de 3 meses. (Un trabajador a tiempo completo = 480 horas totales durante 3 meses)

Cargo y actividades	N.º de trabajadores	Horas de trabajadores (incluya a los menores)
Ejemplo: Personal de oficina: recepción, contabilidad, entrada de datos	2	960

f. Si tiene más de una sede en Washington, ¿cómo desea recibir los siguientes informes trimestrales?

Seguro de desempleo: Todos los locales juntos Cada local por separado (varios informes)

Indemnización por accidentes laborales: Todos los locales juntos Cada local por separado (varios informes)

Coberturas adicionales disponibles, como se indica a continuación. (Para obtener más información, consulte la *Hoja de tarifas de endosos para empresas*).

g. Si es una corporación con fines de lucro, ¿desea cobertura del seguro de desempleo para los directivos de la empresa?

Sí: Vaya a esd.wa.gov para obtener un formulario de Elección voluntaria. Se requiere este formulario para la cobertura.

No. La Corporación debe informar por escrito a los funcionarios que no están cubiertos por el seguro de desempleo.

h. ¿Desea cobertura de indemnización por accidentes laborales para los propietarios (propietario único, socios, directivos de empresa, miembros o administradores de LLC)? (En una LLC con administradores, puede optar por brindar cobertura a las personas que sean a la vez miembros (propietarios) y administradores. En una LLC solo con miembros, puede optar por brindar cobertura a esos miembros).

Sí. Antes de la cobertura, se requiere el formulario F213-042-000. Este formulario se lo enviará el Dept. of Labor & Industries (Departamento de Trabajo e Industrias).

No

i. ¿Desea una cobertura de indemnización por accidentes laborales optativa para los empleos excluidos? (Consulte la *Hoja de tarifas de endosos para empresas* para ver las descripciones).

Sí. Antes de la cobertura, se requiere el formulario F213-112-000. Este formulario se lo enviará el Departamento de Trabajo e Industrias.

No

6 Firma *(Firma del propietario único o de su cónyuge, socio, directivo de la empresa o miembro/administrador de la LLC)*

Declaro bajo pena de perjurio que:

- Soy una persona directiva o un representante autorizado de esta empresa que realiza este cambio; y
- Las respuestas contenidas, incluida cualquier información adjunta, han sido revisadas por mí y son verdaderas, correctas y completas.

Certifico que entiendo que una tergiversación de los hechos es motivo de rechazo de esta solicitud o revocación de cualquier licencia emitida.

Firma:

Fecha:

Solicitud preparada por:

Cargo:

Teléfono:

Algunas entidades ofrecen asistencia lingüística. ¿Desea asistencia? Sí No

¿En qué idioma?