

# COMISIÓN DE DESARROLLO ECONÓMICO DE ARKANSAS

DIVISIÓN DE EMPRESAS PROPIEDAD DE  
MINORÍAS Y DE MUJERES

## APLICACIÓN PARA CERTIFICACIÓN



ENVIAR A:

**Arkansas Economic Development Commission  
Division of Minority and Women-Owned Business Enterprise  
900 West Capitol Avenue  
Suite 400  
Little Rock, AR 72201  
501-682-1121  
[www.Arkansasedc.com](http://www.Arkansasedc.com)**



¡Saludos!

¡Gracias por su interés en certificar tu negocio con el Estado de Arkansas! Creemos que ser una empresa propiedad de Minorías y de Mujeres certificada va a ser benéfico para su empresa y el Estado de Arkansas.

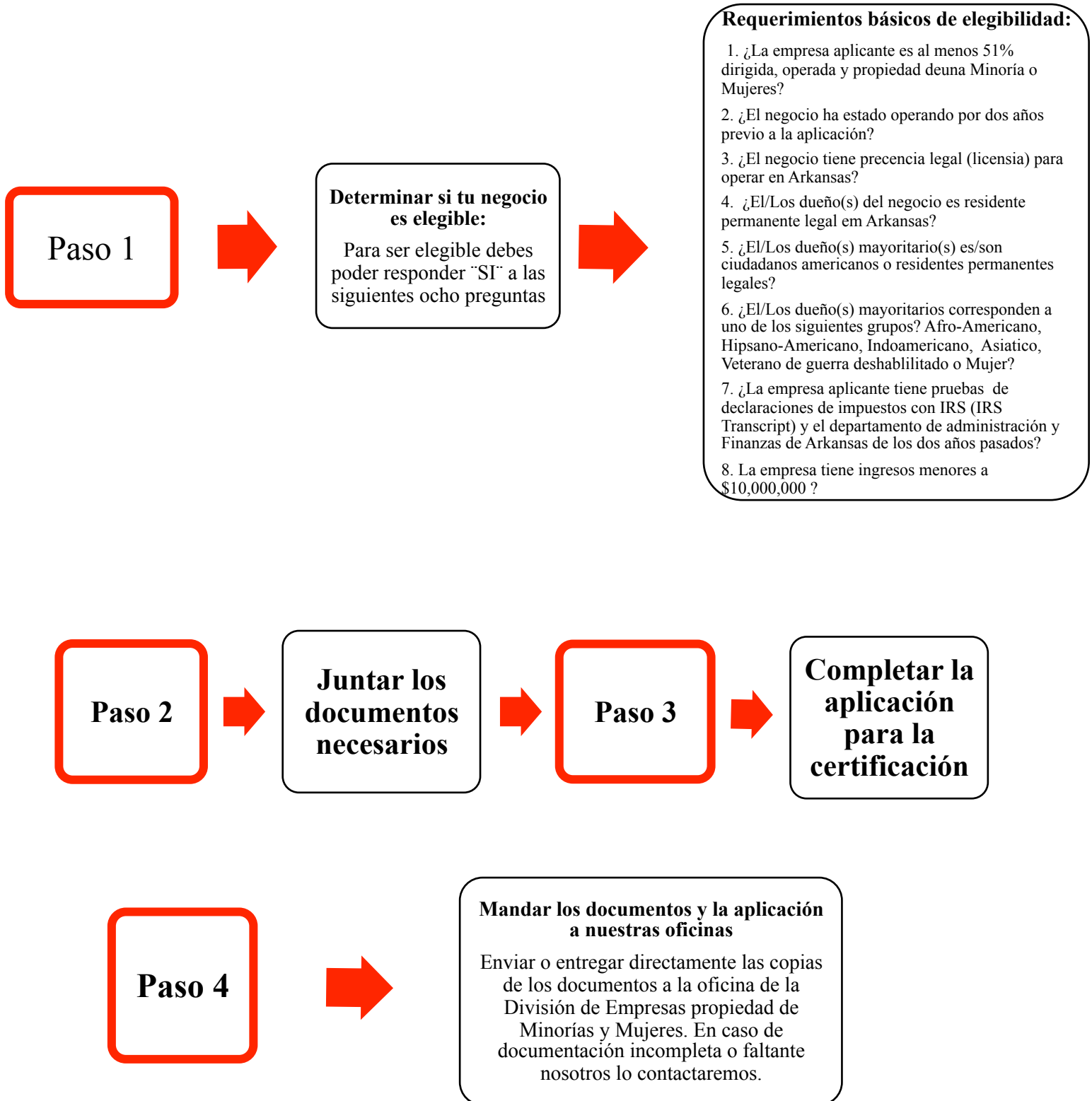
También creemos que la certificación del estado ayudará a abrir muchas puertas para su empresa para vender productos y servicios al estado de Arkansas. Su empresa será añadida a la lista usualmente utilizada por oficiales/dueños de empresas propiedad de minorías y agentes de compra.

Hemos creado este documento para facilitar el cumplimiento del proceso de certificación. Si en cualquier momento se encuentra confundido de que hacer o tiene cualquier pregunta, favor de contactar a nuestra oficina al teléfono 501-682-1121.

A handwritten signature in black ink that reads "Patricia Nunn Brown".

Patricia Nunn Brown  
Directora de la División de Empresas propiedad de Minorías y Mujeres


# Cómo Funciona el Proceso



# Lista de Documentos

La División de Empresas propiedad de Minorías y Mujeres de la Comisión de Desarrollo Económico de Arkansas es una agencia oficial certificada.

La aplicación no tiene ningún costo. Normalmente el proceso tarda de 30-45 días hábiles a partir de que se recibe el paquete de aplicación completo. Enviar un paquete incompleto causará retrasos en el proceso de certificación. Por favor siga la lista de documentos y no dude en contactar a nuestra oficina si tiene cualquier duda.

<b>DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR A SU APLICACIÓN COMPLETADA</b>		
<b>Por favor indique con <input type="checkbox"/> cada sección completada y envíe con la aplicación</b>		
1	Aplicación Completada	
2	Copia de certificación de la organización calificada*	
3	Copia de la información de la organización: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Propietario único (Documentos de nombre)</b></li> <li>b. <b>Asociación (Documentos de sociedad de responsabilidad limitada, asociación, compra, y/o acuerdo de distribución de ganancias; acuerdo de asociación u operación es requerido para empresas con dos (2) o más dueños, evidenciando la distribución de ganancias y acciones).</b></li> <li>c. <b>Corporaciones (proporcionar evidencia de buen estado, consejo de administración, y/o documentación de accionistas)</b></li> </ol>	
4	Copia firmada por el banco de la carta de autorización, carta firmada por el banco o institución financiera identificando a la(s) persona(s) autorizada(s) para firmar cheques por parte de la empresa.	
5	Copia del número de identificación de impuestos federales y número de Dun & Bradstreet (DUNS)	
6	Copia de prueba de residencia en Arkansas (Licencia de conducir o tarjeta de identificación)	
7	Copia de evidencia de ciudadanía americana o residencia legal permanente (Pasaporte Americano, Acta de nacimiento de Estados Unidos, papeles de naturalización, tarjeta de residencia permanente "green" card, o tarjeta de tribu)	
8	Copia del currículum del/los dueño(s)	
9	Resumen de la compañía	
10	Prueba de declaraciones de impuestos (IRS federal transcript) y Prueba de declaraciones de impuestos (IRS federal transcript) y el departamento de administración y Finanzas de Arkansas	
11	Copia de seguro**	
12	Información de vinculación	
13	Copia de cada licencia profesional**	
14	Carta de adjunción (si el alicante es un veterano deshabilitado)	
15	Estados Financieros**	
16	Acuerdos de servicios**	
17	Prueba de capital y/o recursos	
18	Referencias de clientes	
19	¿Como del certificado de Empresas propiedad de Minorías y Mujeres? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Materia, evento o sitio web de la división de Empresas propiedad de Minorías y Mujeres</li> <li><input type="checkbox"/> Oficial de la división de Empresas propiedad de Minorías y Mujeres</li> <li><input type="checkbox"/> Referido por otra organización</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado del Estado de Arkansas.</li> <li><input type="checkbox"/> Medios de comunicación social/ Periódico/Revista</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul>	

\*Negocios elegibles propiedad de minorías y Mujeres certificados por una organización calificada solo necesitan enviar la aplicación junto con la prueba de certificación de la organización: (SBA 8(a), Southern Region Minority Supplier Development Council (SRMSDC), Departamento de transporte de Arkansas o departamento de asuntos de veteranos.

\*\*Si es requerido y aceptado como función normal de negocio.

**NOTA: La División de Empresas propiedad de Minorías y Mujeres se reserva el derecho a solicitar información adicional.**

## Sección 1: CERTIFICADO DE INFORMACIÓN

### 1 Certificaciones previas/Otras

<p><b>(a). ¿Está actualmente el negocio certificado con alguna de las siguientes organizaciones? (Adjuntar copia de certificación)</b>                  ___ Si ___ No</p>	<p><b>Indique si su negocio está buscando certificación para:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Oportunidades de acomodamiento</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Financiamiento/Empresas propiedad de Minorías o Mujeres programa de préstamo.</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Consejo de la región sur de desarrollo del proveedor (Southern Region Minority Supplier Development Council)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Negocio pequeño: Administración (Small Business Administration)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Departamento de Transporte de Arkansas (Arkansas Department of Transportation)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Consejo del Suroeste de negocios de mujeres. (Women's Business Council-Southwest)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Departamento de asuntos de veteranos. (Department of Veterans Affairs)</b></p>	

## Sección 2: INFORMACIÓN GENERAL

### 2. Información del dueño

Nombre del Dueño:		Nombre legal del negocio:		
#Teléfono:	Celular:	# Fax:		
E-mail:		Sitio Web:		
Dirección del negocio (No P.O. Box):				
Dirección Postal del Negocio:	Ciudad:	País:	Estado:	Código Postal:

### 3. Perfil del Negocio

Identificación de Impuestos:	DUNS:
El negocio se estableció en ___/___/___	Dueño del negocio desde: ___/___/___
¿El negocio existía bajo un tipo de propiedad diferente al indicado arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicación (Si)	
Método de adquisición: <input type="checkbox"/> Negocio Nuevo <input type="checkbox"/> Compra de negocio existente <input type="checkbox"/> Negocio Heredado <input type="checkbox"/> Concesión Segura  <input type="checkbox"/> Unión o consolidación <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	
¿El negocio ha operado bajo un nombre diferente en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique (Si)	
¿El negocio ha aplicado para reorganización bajo el capítulo 11 y/o liquidación bajo el capítulo 7 en los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Negocio: <input type="checkbox"/> Propietario único (Proporcionar certificado o ver el mapa para la certificación.) <input type="checkbox"/> Asociación (Proporcionar copia de todos los acuerdos de asociación y certificado.) <input type="checkbox"/> Corporación (Proporcionar artículos de incorporación, copia de los certificados de acciones (ambos lados), libro de transferencia de acciones, Los acuerdos de los accionistas, los minutos de las juntas de los accionistas y la junta directiva, reglamento y cambios (si aplica), La resolución del banco y cartas del banco.) <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada, Corporación de responsabilidad limitada (Proporcionar copia del acuerdo de operación.) <input type="checkbox"/> Empresa Conjunta. <input type="checkbox"/> Otro	

<b>Número de Empleados:</b> Tiempo Completo _____ Medio Tiempo _____
¿Su negocio paga directamente a sus empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no explique:
Especifique las ganancias del negocio en los dos últimos años : Año Terminado en _____ Ganancias Totales: _____ (Favor de adjuntar las declaraciones de impuestos de cada año) Año Terminado en _____ Ganancias Totales: _____

### Sección 3: PROPIETARIOS

**4. Identificar a todos los individuos o compañías que sean propietarios. Enliste su efectivo, equipo y/o propiedades y/o otra inversión en la compañía y adjunte la documentación de la procedencia de estas inversiones. (Adjunte los currículos y experiencia laboral de cada persona. Si son más de tres dueños favor de mandar una hoja por separado.)**

#### Primera Persona

Nombre:	Título:		Teléfono de Casa:	
Dirección (Calle y Número):		Ciudad :	Estado:	Código Postal:
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Grupo Étnico (Adjuntar Prueba):			
Residente Estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Mujer			
Residente Permanente Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hispano Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico			
	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Veterano Deshabilitado			
Cantidad de años siendo propietario:	Inversión inicial	Tipo	Valor en Dólares	
Porcentaje del negocio correspondiente:	para adquirir	Efectivo	\$	
Relación con los otros dueños:	el negocio.	Propiedad	\$	
		Equipo	\$	
		Otro		
Acciones:	Número	Porcentaje	Clase	Fecha de adquisición
				Método de adquisición
Contribuciones adicionales por alguna otra persona desde que se inició el negocio:				

#### Segunda Persona

Nombre:	Título:		Teléfono de Casa:	
Dirección (Calle y Número):		Ciudad :	Estado:	Código Postal:
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Grupo Étnico (Adjuntar Prueba):			
Residente Estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Mujer			
Residente Permanente Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hispano Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico			
	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Veterano Deshabilitado			
Cantidad de años siendo propietario:	Inversión inicial	Tipo	Valor en Dólares	
Porcentaje del negocio correspondiente:	para adquirir	Efectivo	\$	
Relación con los otros dueños:	el negocio.	Propiedad	\$	
		Equipo	\$	
		Otro		
Acciones:	Número	Porcentaje	Clase	Fecha de adquisición
				Método de adquisición
Contribuciones adicionales por alguna otra persona desde que se inició el negocio:				

#### Tercera Persona

Nombre:	Título:		Teléfono de Casa:	
Dirección (Calle y Número):		Ciudad :	Estado:	Código Postal:
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Grupo Étnico (Adjuntar Prueba):			
Residente Estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Mujer			
Residente Permanente Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hispano Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico			
	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Veterano Deshabilitado			
Cantidad de años siendo propietario:	Inversión inicial	Tipo	Valor en Dólares	

Porcentaje del negocio correspondiente:	para adquirir el negocio.	Efectivo	\$		
Relación con los otros dueños:		Propiedad	\$		
		Equipo	\$		
		Otro			
Acciones:	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Clase</u>	<u>Fecha de adquisición</u>	<u>Método de adquisición</u>
Contribuciones adicionales por alguna otra persona desde que se inició el negocio:					

#### Sección 4: Código(s) NAICS y Descripción de Trabajo/Servicio

El Estado de Arkansas utiliza el Sistema de Clasificación de Industrias de Norte América (NAICS) para identificar un área de especialidad o experiencia. Un negocio solo se puede certificar en la actividad en la que se realiza comúnmente, es competente y es controlada por una minoría, mujer(es) o un veterano deshabilitado. Para asistirnos, por favor, en orden de más importante a menos importante, indique abajo los códigos del área de especialidad o experiencia.

*Por favor visite [www.NAICS.com](http://www.NAICS.com) para una lista completa de los códigos NAICS y asistencia.*

Códigos NAICS

Descripción de Trabajo/Servicio

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Sección 5: CONTROL**

**5. Identificar Junta directiva y Oficiales. (Escribir N/A si no aplica)**

	Nombre	Título y Fecha Designado	Origen Étnico	Género
<b>Oficiales</b>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
<b>Junta Directiva</b>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			

**6. Identificar directores y quien controla la firma en las siguientes áreas. (Escribir N/A si no aplica)**

	Nombre	Título	Email	Teléfono
Decisiones Financieras <i>(Responsable de firmar cheques, adquisición de líneas de crédito, Bonos, Materiales, etc.)</i>	1. 2.			
Estimar, litigar y negociar. <i>(Estimar costos, preparación de litigación, negociaciones, o ejecución de contratos)</i>	1. 2.			
Contratar/Despedir Personal Directivo	1. 2.			
Supervisor de Producción/Campo <i>(supervisión de locaciones/planificación de proyectos de servicio)</i>	1. 2.			
Gerente de Oficina	1. 2.			
Marketing/Sales	1. 2.			
Compra de equipo	1. 2.			



## Sección 6: Afiliación

### 7. Afiliación con otros negocios.

<b>(a) Compañías afiliadas:</b>	
<b>(b) ¿Alguna persona enlistada en las preguntas 4, 5, o 6 es director o supervisor de otro negocio?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, Favor de identificar: Persona: _____ Título: _____  Relación con el negocio: _____	
<b>(c) ¿Alguna persona enlistada en las preguntas 4, 5, o 6 es dueño o trabaja en otro negocio que tiene una relación de negocios con la suya?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, Favor de identificar: Negocio: _____ Persona: _____  Relación con el negocio: _____	
<b>(d) Afiliados o no, ¿El negocio en cualquiera de sus locaciones comparte un teléfono, P.O. Box, espacio de oficina, jardín, bodega, equipo o personal con otro negocio, organización o entidad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, Favor de identificar: Negocio: _____ Número de identificación de impuestos _____  Explicar razón por la que comparte: _____	
<b>(e) Actualmente o en los últimos 5 años:</b>  <i>Si su respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas favor de identificar en una hoja por separado cualquier nombre(s) relevante(s), dirección(es), fechas o explicaciones.</i>	¿El negocio ha sido filial de otra empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> ¿El negocio ha sido una asociación donde otra empresa es uno de los asociados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> ¿Otro negocio ha sido dueño de 5% o más de este negocio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> ¿El negocio ha tenido subsidiarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> ¿El negocio ha sido dueño de 5% o más de cualquier otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Sección 7

Nombre del Negocio:	
Nombre del Contacto:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado
Teléfono:	Email:

Nombre del Negocio:	
Nombre del Contacto:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado
Teléfono:	Email:

Nombre del Negocio:	
Nombre del Contacto:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado
Teléfono:	Email:

Nombre del Negocio:	
Nombre del Contacto:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado
Teléfono:	Email:

Nombre del Negocio:	
Nombre del Contacto:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado
Teléfono:	Email:

# FORMA PARA LA CERTIFICACIÓN DE EMPRESAS PROPIEDAD DE MINORÍAS Y DE MUJERES (DEBE ESTAR FIRMADA Y NOTARIZADA))

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre Completo), Juro o afirmo bajo pena de ley que soy \_\_\_\_\_ (título) del negocio aplicando \_\_\_\_\_ (Nombre del Negocio) y que la información presentada en esta verificación tiene el propósito de inducir y/o continuar con la certificación de Empresas propiedad de Minorías y de mujeres por la Comisión de Desarrollo Económico de Arkansas.

Acepto que se examinen y se revisen los estados, archivos y documentos en cualquier forma que existan del negocio y sus afiliados. La inspección de los sitios donde se opera y su equipo, así como entrevistas a sus directivos, agentes y empleados. Entiendo que negarse a tales acciones será base para rehusar o continuar la certificación.

Acepto presentar una nota por escrito a la División de Negocios propiedad de Minorías y de Mujeres de la Comisión de Desarrollo Económico de Arkansas en caso de cualquier cambio en la información presentada en la aplicación en los próximos 30 días después del cambio (Ej. Propietarios, Dirección, Teléfono, etc.).

Acepto que el negocio mencionad es al menos 51% propiedad de una minoría o de mujeres con el derecho legal de hacer negocio en los Estados Unidos, y puede demostrar la capacidad de hacer negocio en el estado de Arkansas.

Además estoy de acuerdo de que el negocio es propiedad de un residente permanente del estado de Arkansas, que los ingresos no exceden \$10, 000,000.00 y que soy parte de uno o más de los grupos mencionados a continuación: **(Marcar los que apliquen):**

Afroamericano                      Indio Americano                      r Mujeres                      Hispanoamericano  
Islas Del Pacífico                      Asiático American                      Veterano Deshabilitado

La cantidad de ingresos reportados en la declaración de impuestos más reciente es \$\_\_\_\_\_.

**Declaro bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada es correcta y verdadera.**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Certificación de Notario:

Ciudad/Condado de \_\_\_\_\_ en el Estado de \_\_\_\_\_,

Este affidavit fue suscrito y jurado ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Nombre del Notario Público: \_\_\_\_\_

Firma del Notario Público: \_\_\_\_\_

Condado donde Reside: \_\_\_\_\_ Mi Comisión Expira: \_\_\_\_\_ (Fecha)

**NOTA: MATERIAL, INFORMACIÓN FALSA U OMITIDA EN CONECCIÓN CON ESTA VERIFICACIÓN ES CAUSA SUFICIENTE PARA REHUSAR LA APROVACIÓN O SUSPENSIÓN DE UNA APROBACIÓN PREVIA. LA PERSONA Y/O ENTIDAD RESPONSABLE POR LA INFORMACION FALSA PUEDE SER SUJETA A LAS LEYES CIVILES Y CRIMINALES DEL ESTADO.**