



**Solicitud de Exención Contributiva Bajo la Sección
1101(8), (9) y (25) del Código de Rentas Internas de
Puerto Rico de 1994, según enmendado**

Parte I - Información General		
Nombre completo de la organización (según registrado en el documento oficial que la crea)	Número de Identificación Patronal	
Dirección Postal (Apartado, Pueblo, País, Zona Postal)	Dirección Física (Urbanización o Condominio, Número, Calle, Pueblo, País, Zona Postal)	
Nombre del representante autorizado		
Nombre y teléfono de la persona con quien debemos comunicarnos en el caso de necesitar información adicional		
Período de Contabilidad	Fecha de incorporación u organización	Fecha de comienzo de operaciones
Tipo de Cooperativa: <input type="checkbox"/> Ahorro y Crédito <input type="checkbox"/> Asociación de Cooperativas Generales <input type="checkbox"/> Cooperativa de Seguros		
1. ¿La organización obtuvo la Certificación del Inspector de Cooperativas, del Comisionado de Seguros, de PROSAD-COOP o del Comisionado de Instituciones Financieras? Si la contestación es afirmativa, favor incluir copia de la misma.		SI NO
2. ¿Ha rendido planilla de contribución sobre ingresos o la planilla informativa de organizaciones exentas? Indique los años _____		
3. Indique en el encasillado correspondiente su clase de organización e incluya los documentos requeridos. ___ a. Corporación Certificado y Artículos de Incorporación (incluyendo enmiendas) y el reglamento interno. ___ b. Otros Constitución o documento legal mediante los cuales se creó y el reglamento interno.		
4. ¿Su organización ha sido auditada por el Departamento de Hacienda (por ejemplo, patronal)? Indique los años auditados _____		
Parte II - Información Sobre Actividades y Operaciones		
1. Someta la siguiente información sobre la directiva:		
a. Nombre, dirección, número de seguro social y los títulos de oficiales. _____ _____ _____ _____		
b. Compensación anual de directores, etc. _____ _____ _____ _____		
c. ¿La organización está controlada o controla alguna otra corporación? Si la contestación es afirmativa, indique el nombre de la misma. _____ _____ _____ _____		

Nombre _____

		SI	NO
2. Indique de qué forma va a disponer los activos en caso de la disolución de la organización. _____ _____			
3. ¿La organización provee beneficios, servicios o productos?			
Si la contestación es afirmativa:			
a. ¿Los receptores de estos beneficios, servicios o productos deben pagar por éstos?			
b. Explique cómo se determina el pago si alguno _____ _____			
c. ¿Los beneficios o servicios que ofrece su organización están disponibles sólo a ciertos individuos o clases de individuos?			
4. ¿Tiene empleados regulares?			
Si su contestación es afirmativa, indique si está cumpliendo o no con lo siguiente:			
a. ¿Efectuó la retención en el origen de contribución sobre ingresos sobre salarios?			
b. De tener empleados, ¿ha rendido los comprobantes de retención, las planillas trimestrales y el Estado de Reconciliación Anual?			
5. ¿Tiene empleados por contrato?			
Si su contestación es afirmativa, indique si está cumpliendo o no con lo siguiente:			
a. ¿Efectuó la retención en el origen del 7% ó 5% sobre pagos efectuados por servicios profesionales?			
b. De tener contratos por servicios profesionales, ¿ha rendido las Declaraciones Informativas?			
c. ¿Efectuó la retención en el origen sobre pagos realizados a personas no residentes no dedicadas a industria o negocio en Puerto Rico?			
6. ¿La organización ha sometido las informativas relacionadas con el pago de intereses o dividendos a socio u otras personas?			

Yo, _____, declaro hoy _____ bajo apercibimiento de perjurio que estoy autorizado a firmar esta solicitud a nombre de _____, que he examinado la misma, los documentos y anejos que se acompañan y que, según mi mejor conocimiento, la información sometida es verdadera, correcta y completa.

Firma

Fecha

Título

Este formulario y los documentos que se requieren deberán entregarse al Negociado de Asistencia Contributiva y Legislación, División Exención Contributiva (Oficina 602), Edificio Alejandro Intendente Ramírez, 10 Paseo Covadonga, San Juan o enviarla por correo al Departamento de Hacienda, Negociado de Asistencia Contributiva y Legislación, División de Exención Contributiva, PO Box 50065, San Juan PR 00902-6265