

_____ de _____ de 20____

Departamento de Finanzas
División de Rentas Internas
Municipio Autónomo de Caguas

Solicitud de Baja de Patente

Número de Registro: _____ Seguro Social: _____

Nombre del Negocio: _____

Nombre del Dueño o Representante Autorizado: _____

Dirección física del negocio: _____

Fecha Cierre de Operaciones: _____

Motivo de Cierre:

Documentación Requerida:

- Patente Original
- Registro de Comerciante (IVU) cancelado
- Resolución Corporativa (si aplica)
- Identificación con foto
- Declaración Jurada (si aplica)
- Planillas del Departamento de Hacienda de los últimos (5) cinco años (si aplica)

FIRMA CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE

Uso oficial
Firma de quien procesa la baja en SAP:
Fecha: