

_____ de _____ de 20_____

Departamento de Finanzas
División de Rentas Internas
Municipio Autónomo de Caguas

Solicitud de Certificación

Número de Registro: _____

Seguro Social: _____

Nombre del Negocio: _____

Nombre del Dueño o Representante Autorizado: _____

Tipo de Certificación: _____

Motivo de Solicitud de Certificación:

FIRMA CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE