

ANEJO 1

BANCOS COMERCIALES, ASOCIACIONES DE AHORRO Y PRESTAMOS, BANCOS MUTUALISTAS O DE AHORRO

20 _____
AÑO

Año contributivo comenzando el ____ de _____ de 20 ____ y terminando el ____ de _____ de 20 ____

Nombre del Contribuyente:

Número de Cuenta:

		(Para ser Completado por la Casa Principal)		
PARTE I	Bancos Comerciales, Asociación de Ahorro y Préstamos, Bancos Mutualistas o de Ahorro	Operaciones Totales del Negocio	1. Intereses Recibidos o Devengados Sobre Préstamos	\$ _____
			2. Cargos por Servicios	_____
			3. Rentas	_____
			4. Ingreso Bruto en la Venta de Valores	_____
			5. Ingreso Bruto en la Venta de Propiedades	\$ _____
			6. Menos: Costo de la Propiedad Vendida	_____
			7. Ingreso Bruto Ajustado en la Venta de Propiedades	_____
			8. Otros Ingresos Recibidos o Devengados	_____
			9. Total Ingreso Bruto del Año de Contabilidad Inmediatamente Anterior al actual	\$ _____
			10. Menos: Pérdidas en operaciones sobre valores (No debe exceder del total de las ganancias obtenidas por los mismos)	_____
			11. Total Ingreso Bruto Ajustado	\$ _____
	Sucursal (es) y/o Casa Principal	Bancos Comerciales, Asociación de Ahorro y Préstamos, Bancos Mutualistas o de Ahorro	12. Total de depósitos en Puerto Rico	_____
			13. Total de depósitos de Casa Principal y Sucursal (es) en este municipio	_____
			14. Proporción que guarda la línea 13 con la línea 12. Divida la línea 13 entre la línea 12 y anote el resultado (por ciento) aquí	_____ %
			15. Ingreso Bruto Ajustado de Sucursal (es) o Casa Principal en este Municipio Multiplique la línea 11 por la línea 14 y anote el resultado aquí (Traslade al Encasillado 2 Línea 1c)	\$ _____
PARTE II	Otros Negocios Financieros	1. Ingreso Bruto del año de Contabilidad Inmediatamente Anterior al Actual	\$ _____	
		2. Menos:		
		a. Costo de la Propiedad Vendida	\$ _____	
		b. Pérdidas en operaciones sobre valores (No debe exceder del total de las ganancias obtenidas en las mismas)	_____	
		3. Ingreso Bruto Ajustado (Traslade al Encasillado 2, Línea 1d)	\$ _____	

ANEJO 2	DETALLE DE LAS VENTAS DE GASOLINA	20____ AÑO
Año contributivo comenzando el ____ de _____ de 20__ y terminando el ____ de _____ de 20__		

Nombre del Contribuyente:	Número de Cuenta:
---------------------------	-------------------

Determinación de Volumen de Negocios		Gasolina
1. Total Galones Vendidos.....		
1.a. Ingresos Venta.....		
1.b. % Ingresos Venta por Galón..... (Divida línea 1.a. ÷ 1)		
2.a. Costo de Adquisición.....		
2.b. % de Adquisición..... (Divida línea 2.a. ÷ 1)		
3.c. Margen bruto obtenido..... (Reste línea 1.b y 2.b y multiplique por línea 1.)		
2. Total volumen de negocio venta de gasolina..... (Multiplique las líneas 1 X 3.c.)		
3. Más: Venta de otros productos y servicios.....		
4. Total volumen de negocio..... (Traslade al Encasillado 2 línea 1e)		

Ver ejemplo al dorso

ANEJO 3**NEGOCIO EXENTO**20____
AÑO

Año contributivo comenzando el ____ de _____ de 20____ y terminando el ____ de _____ de 20____

Nombre del Contribuyente:

Número de Cuenta:

Tipo de Negocio:

Número de Decreto:

	OPERACIONES TRIBUTABLES 100%	OPERACIONES EXENTAS ____%	TOTAL
1. Ingreso bruto	\$	\$	\$
2. Otros ingresos			
3. Deduciones (someter detalle)	()	()	()
4. Ingreso bruto ajustado	\$		
5. Porcentaje de Exención según decreto		%	
6. Ingreso bruto tributable	\$	\$	\$
7. Tipo de Patente			
8. Patente a pagar (Multiplique la línea 6 por la línea 7, y traslade el total de ambas columnas al encasillado 2 línea 5)	\$		

ANEJO 4	DETALLE DE NEGOCIOS, INDUSTRIAS, OFICINAS Y/O SUCURSALES	20____ AÑO
	Año contributivo comenzando el ____ de _____ de 20 ____ y terminando el ____ de _____ de 20 ____	
Nombre del Contribuyente:		Número de Cuenta:

Provea a continuación la información requerida para cada uno de los Negocios, Industrias, Oficinas de Servicios y/o Sucursales. De requerir encasillados adicionales, favor adjunte copias adicionales de este Anejo.

NEGOCIOS, INDUSTRIAS, OFICINAS DE SERVICIOS Y/O SUCURSALES	Nombre del Negocio, Industria u Oficina de Servicios		
	Dirección Postal del Negocio		¿Nueva Dirección?
	Calle	Número	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Sector - Urbanización		
	Zip Code		
	Dirección Física del Negocio		Teléfono
	Calle	Número	Fax
	Sector - Urbanización		
	Zip Code		
	Fecha en que comenzó operaciones	Tipo de Industria, Negocio, Sucursal u Oficina de Servicios (Especifique)	Número de Empleados
	Día: Mes: Año:		Nómina Actual
	Número de Permiso de Uso		
	Fecha de Expedición	Código SIC	Zona
	Día: Mes: Año:	Para uso exclusivo de la Oficina de Patentes:	Número de Catastro
	Porcentaje de Participación de este Negocio, Oficina o Sucursal en el Volumen Total de Negocios (del Encasillado 2, Línea 2)		
Nombre del Negocio, Industria u Oficina de Servicios			
Dirección Postal del Negocio		¿Nueva Dirección?	
Calle	Número	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Sector - Urbanización			
Zip Code			
Dirección Física del Negocio		Teléfono	
Calle	Número	Fax	
Sector - Urbanización			
Zip Code			
Fecha en que comenzó operaciones	Tipo de Industria, Negocio, Sucursal u Oficina de Servicios (Especifique)	Número de Empleados	
Día: Mes: Año:		Nómina Actual	
Número de Permiso de Uso			
Fecha de Expedición	Código SIC	Zona	
Día: Mes: Año:	Para uso exclusivo de la Oficina de Patentes:	Número de Catastro	
Porcentaje de Participación de este Negocio, Oficina o Sucursal en el Volumen Total de Negocios (del Encasillado 2, Línea 2)			
Nombre del Negocio, Industria u Oficina de Servicios			
Dirección Postal del Negocio		¿Nueva Dirección?	
Calle	Número	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Sector - Urbanización			
Zip Code			
Dirección Física del Negocio		Teléfono	
Calle	Número	Fax	
Sector - Urbanización			
Zip Code			
Fecha en que comenzó operaciones	Tipo de Industria, Negocio, Sucursal u Oficina de Servicios (Especifique)	Número de Empleados	
Día: Mes: Año:		Nómina Actual	
Número de Permiso de Uso			
Fecha de Expedición	Código SIC	Zona	
Día: Mes: Año:	Para uso exclusivo de la Oficina de Patentes:	Número de Catastro	
Porcentaje de Participación de este Negocio, Oficina o Sucursal en el Volumen Total de Negocios (del Encasillado 2, Línea 2)			

ANEJO 5

CAMBIO DE DIRECCION

INSTRUCCIONES: Complete líneas 1 a la 10. Favor de escribir en letra de MOLDE toda la información excepto línea 9. Uno por localidad.

1. Marque: <input type="checkbox"/> Dirección Postal <input type="checkbox"/> Dirección Física	2. El cambio de dirección es para (Marque uno) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Individuo Sociedad Corp.
3. Número de Seguro Social o Número de Cuenta Patronal:		
4. Nombre del Contribuyente (deje un espacio en blanco entre cada nombre)		
5. Nombre del negocio que somete el cambio de dirección (deje un espacio en blanco entre cada nombre)		
6. Nombre de la persona que somete el cambio de dirección.		
7. Dirección Postal	Condominio o Urbanización PO BOX _____ RR _____ BOX _____ HC _____ BOX _____	Correo Electronico _____
	Número y Calle	
	Municipio o Ciudad	País Zip Code
8. Dirección Física Someter Permiso Uso	Condominio o Urbanización Número y Calle Municipio o Ciudad País Zip Code	Teléfono de Fax Teléfono de Oficina
	9. Firma	10. Fecha
11. No se cambiará dirección física si no somete permiso de uso, copia contrato arrendamiento y compra venta por cada localidad.		12. Iniciales
		13. Fecha

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 Municipio de San Juan
 Departamento de Finanzas
 PO BOX 70179, SAN JUAN, P.R. 00936-8179