



## Solicitud de Exención Contributiva Aplicable a Cooperativas bajo la Sección 1101.01 del Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico

<b>Parte I - Información General</b>						
Nombre completo de la organización (según registrado en el documento oficial que la crea)	Número de Identificación Patronal					
Dirección Postal (Apartado, Pueblo, País, Código Postal)	Dirección Física (Urbanización o Condominio, Número, Calle, Pueblo, País, Código Postal)					
Nombre, dirección postal y teléfono de la persona con quien debemos comunicarnos en el caso de necesitar información adicional (Acompañe copia del Poder y Declaración de Representación, Modelo SC 2745)						
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 de COSSEC, del Comisionado de Seguros o del Comisionado de Instituciones Financieras? ..... Si la contestación es afirmativa, favor incluir copia de la misma.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
2. ¿Ha rendido planilla de contribución sobre ingresos o la planilla informativa de organizaciones exentas? ..... Indique los años _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
3. Indique en el encasillado correspondiente su clase de organización e incluya los documentos requeridos.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
<input type="checkbox"/> a. Corporación	Certificado y Artículos de Incorporación (incluyendo enmiendas), el reglamento interno y copia del Certificado de Registro de Comerciante.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
<input type="checkbox"/> b. Otros	Constitución o documento legal mediante los cuales se creó y el reglamento interno.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
4. ¿Su organización ha sido auditada por el Departamento de Hacienda (por ejemplo, patronal)? ..... Indique los años auditados _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
<b>Parte II - Información sobre Actividades y Operaciones</b>						
1. Someta la siguiente información sobre la Junta de Directores:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
a. Nombre, dirección, número de seguro social y los títulos de oficiales.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
b. Compensación, sueldo o salario anual asignado a miembros de la Junta de Directores y oficiales administrativos. Si es necesario someta anejo.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					
c. ¿La organización está controlada o controla alguna otra corporación? ..... Si la contestación es afirmativa, indique el nombre de la misma.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					

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, servicios o productos 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. ¿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% sobre pagos efectuados por servicios prestados según se establece en la Sección 1062.03 del Código? .....			
b. ¿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 socios 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

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este formulario y los documentos que se requieren deberán entregarse al Negociado de Asistencia Contributiva y Consultas Especializadas, 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 Consultas Especializadas, División de Exención Contributiva, PO Box 50065, San Juan PR 00902-6265.