



R.U.T. CONTRIBUYENTE _____
 ROL de PATENTE N° _____ (Llenar siempre estos Datos)

**FORMULARIO PARA DECLARAR SUCURSALES Y TRABAJADORES
 Y PARA CONTRIBUYENTES QUE REBAJAN INVERSIONES
 PROCESO DETERMINACION DE PATENTES MUNICIPALES AÑO 2010**

PLAZO LEGAL VENCE 31 DE MAYO DE 2010.

LUGAR DE PRESENTACION: Manuel Rodriguez N°1665 Hijuelas De lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas

| | |
|--|---|
| SECCION "A" | INDIVIDUALIZACION DEL CONTRIBUYENTE |
| RAZON SOCIAL _____ | |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL _____ RUT REPRESENTANTE LEGAL _____ | |
| DIRECCION CASA MATRIZ EN HIJUELAS _____ | |
| GIRO _____ | CODIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA _____ TELEFONO _____ E-MAIL _____ |

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| SECCION "B" | DETALLE DE SUCURSALES Y N° DE TRABAJADORES EN HIJUE LAS (Sin son mas sucursales use un anexo) | | |
| ROL DE PATENTE | DIRECCION | PROMEDIO ANUAL DE TRABAJADORES | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL TRABAJADORES SOLO SECCION "B" | | | |

| | | | |
|---|--|---------------|---------------------------------------|
| SECCION "C" | DETALLE DE SUCURSALES Y N° DE TRABAJADORES DE OTRAS COMUNAS (Sin son mas sucursales use un anexo) | | |
| ROL DE PATENTE EN LA COMUNA DE LA SUCURSAL | DIRECCION | COMUNA | PROMEDIO ANUAL DE TRABAJADORES |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL TRABAJADORES SOLO SECCIÓN "C" | | | |

| USO EXCLUSIVO DEL MUNICIPIO | | |
|--|---------------|------------|
| N° DE TRABAJADORES | | |
| | | |
| HIJUELAS | OTRAS COMUNAS | TOTAL PAIS |
| _____ NOMBRE Y FIRMA Y TIMBRE DEL FUNCIONARIO DIGITADOR | | |

| USO EXCLUSIVO DEL MUNICIPIO | |
|--|----------------------------|
| SECCION AUDITORIA | NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO |
| FECHA DE LA REVISIÓN | |
| INDICAR RAZONES DE NO CONFORMIDAD PARA AUDITORÍA | |
| | |

| |
|---|
| DECLARO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON FIDELIGNOS NOMBRE REP LEGAL _____ RUT R LEGAL _____ |
|---|

| |
|---|
| FECHA DE DECLARACIÓN _____ NOMBRE FUNCIONARIO RECEPTOR _____ |
|---|

| | |
|---|---|
| <small>INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO , VER AL REVERSO</small> | |
| COMPROBANTE DE RECEPCION DE DECLARACION DE TRABAJADORES | |
| PATENTE ROL N° _____ | RUT CONTRIBUYENTE _____ |
| CONTRIBUYENTE O RAZÓN SOCIAL _____ | |
| DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____ E MAIL _____ | |
| FECHA Y TIMBRE DE LA RECEPCIÓN _____ | NOTA: SUGERIMOS GUARDAR ESTE COMPROBANTE DE RECEPCION |