

## SOLICITUD DE PATENTE COMERCIAL

|                |       |
|----------------|-------|
| Ingreso Rentas | Fecha |
|                |       |

**DATOS OBLIGATORIOS PARA EL TIPO DE OTORGAMIENTO**

**Sección A: INDIVIDUALIZACION DEL SOLICITANTE**

Rut N°: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Actividad Comercial: \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_

Dirección Comercial: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Of. Depto. Loc.: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_ FonoFax: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**Sección B: INDIVIDUALIZACION REPRESENTANTE LEGAL**

Rut N°: \_\_\_\_\_

Razón Social o Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de Fantasía: \_\_\_\_\_

Dirección Comercial: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Of. Depto. Loc.: \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_ FonoFax: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**Plano de Ubicación Identificar Calles**

**Sección C: DATOS DEL INMUEBLE**

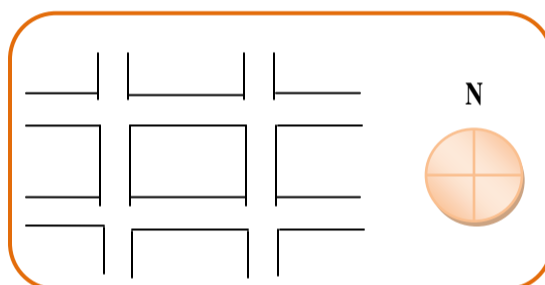
Ubicación: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Of. Depto. Loc.: \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Rol de Avalúo de la Propiedad: \_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_

R.U.T. N°: \_\_\_\_\_ Ha tenido Patente Comercial: **Si**  **No**



**GIRO SOLICITADO:**  Comercial  Industrial  Alcoholes  Profesional  Feria Libre  Cambio de Rol

Ampliación de Giro  Eliminación  Cambio de Dirección Pte. Alcohol  Cambio de Dirección Pte.

Comercial  Transferencia  Juegos Entretenimiento  Otros. Código Actividad \_\_\_\_\_

**ESPECIFICACION SI ES:**  Casa Matriz  Sucursal  Comercio  Bodega

Propia  Arrendada  Cedida  Productiva  Negocio  Unico  Otros.

En los casos de casa Matriz debe detallar el total de Trabajadores con indicación del número de quienes trabajan habitualmente en cada uno de los establecimientos, sucursales u oficinas.

|             | COMUNA | N° PATENTE | N° TRABAJADORES |
|-------------|--------|------------|-----------------|
| CASA MATRIZ |        |            |                 |
| SUCURSAL    |        |            |                 |
| SUCURSAL    |        |            |                 |

**Nota:** Esta solicitud no autoriza el funcionamiento del establecimiento y tiene una validez de 60 días, a contar de la fecha de recepción, transcurrido este plazo caducará automáticamente.

\_\_\_\_\_  
R.U.T

\_\_\_\_\_  
Tomé Conocimiento y Firmo para Constancia  
Persona Natural o Representante Legal



Exclusivo Uso

## DATOS OBLIGATORIOS PARA EL TIPO DE OTORGAMIENTO

### Sección D: INFORMES

Tipo de Patente  PROVISORIA  
 DEFINITIVA

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1) Dirección de Obras Zonificación.      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (2) Informe Sanitario y/o Trámite.        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (3) Junta de Vecinos.                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (4) Carabineros de Chile.                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (5) Otros. _____                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (6) Cert. Municipio Casa Matriz.          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (7) Contrato de Arriendo.                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (8) Cédula de Identidad.                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (9) Inicio de Actividades.                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (10) Determinación Capital Propio.        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (11) Declaración de Propaganda.           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (12) Certificado de Título.               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (13) Comp. de Domicilio.                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (14) Certificado de Antecedentes.         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (15) Requisitos Art. N° 4, Ley N° 19.925. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (16) Informe Pte., Ley N° 19.925.         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (17) Rol de Avalúo de la Propiedad.       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> (18) Certificado J.P.L., Ley N° 19.925.   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Valida Hasta: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

**Nota:** Los informes se solicitan a las Unidades Correspondientes para complementar los antecedentes que otorgan la Patente solicitada por el Contribuyente.

Solicitada de RENTAS con Fecha  a

### Sección D: CLASIFICACION

#### Rubro Principal:

| Clasificación S.I.I. |  | Valor Cuota |
|----------------------|--|-------------|
|                      |  |             |

Anexos.-

(Art. 24, D.L. 3063)

(Art. 3, D.L. 19.925)

Publicidad:  M2.

BNUP:  M2.

Servicio de Aseo Domiciliario:

Otros Derechos Varios:

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| 115..03.01.001.001 |  |  |
| 115.03.01.001.001  |  |  |
| 115.03.01.003.003  |  |  |
| 115.03.01.002.002  |  |  |
|                    |  |  |

Aprobada       Rechazada

Fecha de Cálculo:

V° B° Unidad de Rentas

Fecha.: \_\_\_\_\_

N° de Folio y/o Carpeta Contribuyente:

