



CONCEJO MUNICIPAL DE DISTRITO DE COBANO - PUNTARENAS

ADMINISTRACION TRIBUTARIA - PATENTES

Tel: 2642-0238/0161/0510/0448/0478 EXT. 118 Fax: 2642-0613

SOLICITUD DE PATENTE

Visto Bueno Impuestos al
Día y Declaración de la
Propiedad

NOTA: ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER EL DORSO DEL MISMO

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____

Cedula (Física o Jurídica): _____

En caso de Personería Jurídica:

Nombre del Representante Legal _____ Cedula: _____.

Señalo como lugar o medio para recibir notificaciones Ley 8687: Email: _____

Dirección: _____

Patrono: SI NO

DATOS DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD

Nombre del dueño de la Propiedad: _____, Cedula: N° _____

En caso de persona jurídica:

Nombre del Representante Legal y Cedula: _____ Ced: _____.

Número de Folio Real: _____

Numero de Plano: P- _____

DATOS DE LA PATENTE Y DEL LOCAL

Nombre Comercial del Negocio o Local: _____

Se solicita Patente para (actividad específica): _____

Horario de atención: _____

Dirección exacta del Local sito en: _____

Teléfono _____ Fax _____ Otras señas: _____

Firma del Solicitante

N° de Cedula: _____

Firma del dueño de la Propiedad

N° de Cedula: _____

DATOS PARA EL CÁLCULO DE LA PATENTE COMERCIAL

N° de empleados: _____ Condición del Local: Exc _____ Bue _____ Regular _____ Defic _____

Estimación mensual de ventas (en colones): _____ Inventarios (en colones): _____

En caso de alquiler del local, monto del mismo: _____

Fecha de inicio de la actividad solicitada: ____ / ____ /20____ Posee notificación Municipal: ____ / ____ /20____

Además, se debe llenar la siguiente declaración jurada:

Declaración Jurada

Nosotros los abajo firmantes, de calidades antes mencionadas, apercibidos de las penas con que se castiga los delitos de falso testimonio y perjuicio, declaramos bajo fe de juramento que la información que indicamos es verdadera.

Firmas: del Patentado _____ **Del dueño de la propiedad:** _____



CONCEJO MUNICIPAL DE DISTRITO DE COBANO - PUNTARENAS

ADMINISTRACION TRIBUTARIA - PATENTES

Tel: 2642-0238/0161/0510/0448/0478 EXT. 118 Fax: 2642-0613

CONCEJO MUNICIPAL DE DISTRITO DE COBANO ADMINISTRACION TRIBUTARIA - PATENTES

Requisitos para solicitud de Patente Comercial

SEÑOR (A, ITA) SOLICITANTE: Conforme a lo estipulado en el artículo primero de la Ley de Impuestos Municipales N°7866, artículo 1° y el artículo 79 del Código Municipal, nadie podrá abrir establecimientos dedicados a actividades lucrativas o realizar comercio en forma ambulante sin contar con la respectiva licencia municipal.

REQUISITOS GENERALES

Formulario de solicitud de Patente Comercial: el cual debe ser firmado por el solicitante y el dueño de la propiedad. En caso de tratarse de la misma persona, se omite la segunda firma.

La información declarada por el solicitante en el formulario tiene el carácter de declaración jurada, por lo que si los datos son falsos, la pena impuesta es de tres meses a dos años de prisión, según el artículo 311 del Código Penal y sus reformas.

Timbres municipales por 100.00 colones

Fotocopia de la cedula de identidad del solicitante o del representante legal. En caso de Persona Jurídica, presentar **Certificación de Personería Jurídica.** En caso de ser extranjero presentar fotocopia de la **Cedula de residencia (vigentes).**

En caso de alquiler, presentar copia de contrato de alquiler del local comercial.

Requisitos Internos

(Los otorga El Concejo municipal de Distrito mediante trámite interno)

Estar al día con el pago de todos los impuestos municipales: esta se realiza de manera interna, por parte del encargado de ventanilla.

Certificado de Resolución Municipal de Ubicación: Emitido por el Concejo Municipal de Distrito mediante el departamento de Ingeniería.

Requisitos Externos

(Los otorgan otras instituciones)

Copia de permiso de funcionamiento de salud: Extendido por el Ministerio de Salud, a todas aquellas actividades que lo requieran, según se decreta en el Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento (Decreto N° 30465-S)

Copia de la Póliza de Riesgos de Trabajo del INS o exoneración: Se solicita como constancia de que los trabajadores cubiertos por una póliza de Riesgos de trabajo según la Ley N° 6727. Este requisito debe gestionarse en la Sucursal del INS.

Recibo de ACAM

Cancelación ₡10,000.00 empresas medianas y grandes; y ₡5,000.00 a empresas pequeñas.

Información importante para tramitar su patente:

Este formulario debe de venir completo, sin borrones ni tachones, de lo contrario no se aceptará. **Será valido solamente el formulario original.**

El solicitante debe estar al día con el pago de los Impuestos Municipales, incluidos arreglos de pago. De lo contrario la solicitud no será tramitada. Este trámite se realizara mediante una verificación interna. (Art. 10 del Reglamento a la Ley de Patentes y sus reformas).

En caso de que el local comercial se encuentre localizado Zona marítimo Terrestre presentar certificación del registro de la Concesión. (art. 81 Cod. Municipal)

En caso de suspender su actividad debe proceder a presentar el **Formulario de Cancelación de la Patente Comercial;** caso contrario esta seguirá activa con sus respectivas consecuencias Fiscales y Legales.

Debe indicar lugar o medio para recibir notificaciones, conforme a los mecanismos de la Ley 4755 Código de Normas y Procedimientos Tributarios y Ley de Notificaciones, Citaciones y Otras Comunicaciones judiciales.

Asegúrese que la información que conste en los requisitos guarde igualdad en datos como: el nombre del negocio, dirección, actividad comercial, etc.

El solicitante de la patente debe encontrarse **inscrito ante Tributación Directa** y en caso de ser patrono, debe **estar al día con las obligaciones patronales** ante la Caja Costarricense de Seguro Social. Ambas actividades se deben tramitar en las instituciones respectivas como tramite previo.

Recuerde que cada año, después de tramitada su patente comercial debe presentar en el departamento de Patentes su **Declaración Jurada** junto con una copia de la Declaración de la Renta presentada a la Dirección General de Tributación Directa.

No llene este espacio, es para uso del Concejo Municipal de Distrito

Permiso de Salud () SI () NO Póliza INS () SI () NO Otros: _____.

Formulario recibido por: _____ Fecha: ____ / ____ / 20____.

Cantidad de folios recibidos _____ Firma el Funcionario _____