Modelo SC 2914 B
Rev. 13 sep 12

Gobierno de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

SOLICITUD DE ENMIENDAS AL CERTIFICADO DE REGISTRO DE COMERCIANTES DE UNA LOCALIDAD COMERCIAL

Número de Serie

Sello de Recibido

Utilice este formulario para efectuar cambios o enmiendas a su Certificado de Registro de Comerciantes, por localidad.

PARTE I - CAMBIOS O ENMIENDAS A UN CERTIFICADO DE REGISTRO DE COMERCIANTE

Complete **solamente** el encasillado para el Número de Registro de Comerciante y aquellos encasillados que requieren cambios o enmiendas.

Para poder procesar su solicitud, deberá proveer el número de Registro de Comerciante de once dígitos emitido a esta localidad comercial.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

CERTIFICADO DE REGISTRO DE COMERCIANTE

Número de Registro de Comerciante
(Campo Requerido)

_ _ _ _ _ _ _ – _ _ _ _

Nombre y Dirección Física de la Localidad:

Nombre Legal y Dirección Física de la Oficina Principal:

No complete este encasillado. Para informar cambios al nombre legal y dirección física de la oficina principal, refiérase al Modelo SC 2914 A.

CAMBIOS ADICIONALES A LA LOCALIDAD / ACTIVIDAD:

Código NAICS:

Actividad Comercial:

Tipo de Certificado: ☐ Comerciante ☐ Negocio ambulante ☐ Negocio temporero ☐ Exhibidor

Si marcó Negocio Temporero o Exhibidor, indique:

(Desde: Día ___ Mes ___ Año ____ Hasta: Día ___ Mes ___ Año ____)

Fecha de Comienzo de Operaciones: (Día ___ Mes ___ Año ____)

Volumen de Negocio: $ ___,___,___.__

Indique si vende propiedad mueble tangible: ☐ Sí ☐ No

Descripción:

Conservación: Seis (6) años.

PARTE II - CESE DE OPERACIONES

Indique si cesarán las operaciones de esta localidad..... ☐ Sí ☐ No
(Si contestó "No", pase a la Parte IV de este formulario. De lo contrario, continúe completando esta Parte.)

A. Fecha efectiva de cese de operaciones..... Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

B. Entregó el Certificado de Registro de Comerciante conjuntamente con el Modelo SC 2914 B..... ☐ Sí ☐ No
Si contestó "No", indique las razones para no entregarlo.

☐ Robo. Indique fecha de robo..... Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐
(Someta evidencia de querella radicada ante la Policía de Puerto Rico.)

☐ Pérdida o Destrucción. Indique fecha de la pérdida..... Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐
(Someta declaración jurada indicando las razones para la pérdida o destrucción.)

☐ Otra: _____
_____

C. Entregó el Certificado de Exención conjuntamente con el Modelo SC 2914 B..... ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
Si contestó "No", indique las razones para no entregarlo.

☐ Robo. Indique fecha de robo..... Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐
(Someta evidencia de querella radicada ante la Policía de Puerto Rico.)

☐ Pérdida o Destrucción. Indique fecha de la pérdida..... Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐
(Someta declaración jurada indicando las razones para la pérdida o destrucción.)

☐ Otra: _____
_____

PARTE III - ENTREGA DE TERMINALES FISCALES

Indique si en los puntos de venta de esta localidad comercial se habían instalado Terminales Fiscales o si se había modificado una aplicación existente, para cumplir con el Programa de Fiscalización IVU Loto..... ☐ Sí ☐ No
(Si contestó "No", pase a la Parte IV de este formulario. De lo contrario, continue completando esta Parte.)

A. Indique el tipo de Terminal Fiscal que fue instalado en esta localidad:
- ☐ Procesador Certificado
- ☐ Auto Procesador Certificado
- ☐ Terminal Fiscal del Departamento de Hacienda

B. Número de confirmación donde notifica a IVU Loto la desconexión por cese de operaciones..... ☐

C. Cantidad de Terminales Fiscales que entregará por motivo de cese de operaciones
(No aplica a procesadores certificados) ..... ☐

1. Indique Número de Serie de cada uno de los Terminales Fiscales entregados:

(1)		(4)	
(2)		(5)	
(3)		(6)	

2. Tipo (Modelo) de Terminal entregado:
- ☐ TxPort Comunicación Telefónica que incluye Multiplicador de Línea Telefónica, Cable Telefónico, Cable de Red y Fuente de Poder ("power sypply").
- ☐ TxPort Servicio Web que incluye Cable de Red y Fuente de Poder ("power supply").
- ☐ T4210 Hypercom o equivalente por Comunicación Telefónica que incluye Fuente de Poder ("power supply"), Multiplicador de Línea Telefónica y Cable Telefónico.

D. Indique si entregó todos los terminales fiscales del Departamento de Hacienda que tenía instalados en su localidad ..... ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

E. Indique si entregó todos los sistemas colaterales de apoyo (cables, multiplicadores, etc.) de los terminales fiscales del Departamento de Hacienda ..... ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Si contestó "No" para las alternativas D y E, indique las razones por las que no entregó los Terminales o los sistemas colaterales de apoyo.

☐ Robo. Indique fecha de robo..... Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐
(Someta evidencia de querella radicada ante la Policía de Puerto Rico.)

☐ Pérdida o Destrucción. Indique fecha de la pérdida..... Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐
Explique: _____

☐ Otra: _____

PARTE IV - JURAMENTO

Declaro bajo penalidad de perjurio que esta solicitud ha sido examinada por mí, y que según mi mejor información y creencia, toda la información provista en la misma es cierta, correcta y completa. Me comprometo además, a notificar al Secretario de Hacienda sobre cualquier cambio en la información provista en esta solicitud, dentro de los 30 días luego del cambio o evento. La declaración de la persona que prepara esta solicitud (excepto el comerciante) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.

Nombre del comerciante	Firma del comerciante
Título	Fecha

Nombre del representante autorizado	Firma del representante autorizado	Fecha
Número de seguro social o identificación patronal	Dirección	Teléfono

PARA SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA

Certifico que hoy ___ de _____ de _____ he recibido el (los) siguiente(s) Terminal(es) Fiscal(es) y los siguientes sistemas colaterales de apoyo:

☐ Tx Port Comunicación Telefónica

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. Multiplicador de Línea Telefónica (Splitter)
2. Cable Telefónico
3. Cable de Red
4. Fuente de Poder (Cable)

☐ Comunicación Telefónica - Hypercom T4210

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. Multiplicador de Línea Telefónica (Splitter)
2. Cable Telefónico
3. Fuente de Poder (Cable)

☐ Comunicación Telefónica - Hypercom T4205

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. Multiplicador de Línea Telefónica (Splitter)
2. Cable Telefónico (2)
3. Fuente de Poder (Cable)

☐ Comunicación LAN - Hypercom T4220 o equivalente

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. Cable de Red
2. Fuente de Poder (Cable)
3. SIM Card

☐ Inalámbrico Hypercom T4230 o equivalente

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. Fuente de Poder (Cable)
2. SIM Card

☐ Inalámbrico Hypercom M4230

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. Fuente de Poder (Cable)
2. Batería Recargable Interna
3. SIM Card

☐ TX Server

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. Cable de Red
2. Fuente de Poder (Cable)

☐ Otros

Series:_____
Cantidad:_____

Sistemas Colaterales de Apoyo (Piezas):
1. _____
2. _____
3._____

Conforme a una inspección visual, éstos aparentan estar en ☐ buenas o ☐ malas condiciones. Descripción del (de los) Terminal(es) Fiscal(es) en caso de encontrarse en malas condiciones: _____

_____

Después de evaluar esta solicitud, certifico que la misma está completa en todas sus partes y se presume cierta la información suministrada. No obstante, el Departamento de Hacienda se reserva el derecho de realizar cualquier investigación posterior para verificar la información presentada y las condiciones del equipo.

Nombre del empleado	Firma del empleado	Fecha
Oficina y Distrito		

Conservación: Seis (6) años.