



**Solicitud de Beneficios Contributivos**  
**Ley Núm. 168 de 30 de junio de 1968, según enmendada**

Solicito por un período de 10 años, exoneración contributiva para la operación de la unidad hospitalaria que indico a continuación:

Solicitud nueva

Extensión

Subcontratación

**Parte I - Información General**

Nombre completo del solicitante (según registrado en el documento oficial que la crea)

Número de identificación patronal

Dirección postal

Dirección física

Código postal

Código postal

Nombre del representante autorizado

Nombre, dirección y teléfono de la persona con quien debemos comunicarnos en el caso de necesitar información adicional

Fecha de incorporación  
(si aplica)

Número de registro

Fecha de solicitud

Período contributivo

Información sobre construcción, ampliación o expansión de unidades hospitalarias después del 31 de diciembre de 1968

Fecha que comenzó la construcción o  
ampliación

Número de permiso de construcción

Fecha que comenzó o comenzará operaciones

Valor total de la inversión

Costo del terreno

Costo de la estructura

Costo del equipo

Área de construcción total en P/C

Área de construcción, ampliación o expansión en P/C por planta

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

Cabida total del terreno

Fecha de adquisición

Área para estacionamiento en P/C

¿Se cobra por el uso del  
parque de estacionamiento?  
 Sí  No

**Parte II - Número de Habitaciones y Camas Disponibles para Pacientes**

Habitaciones

Camas para pacientes

Sencillas

Dobles

Con más de dos camas

Privados

Indigentes

Número de Lic. Depto. de Salud

Fecha de Lic. Depto. de Salud

Número del Certificado de Necesidad y Conveniencia

Si el solicitante estaba operando en o antes del 31 de diciembre de 1968, deberá completar las Partes III, IV y V. Si comenzó operaciones después del 31 de diciembre de 1968, deberá completar las Partes III y V únicamente. Si se trata de una subcontratación de servicios médicos de alta tecnología, deberá completar la Parte VI.

**Parte III - Distribución del Área Construida en la Unidad Hospitalaria Existente**

**Número de habitaciones y camas disponibles para pacientes**

Habitaciones

Camas para pacientes

Sencillas

Dobles

Otras (unidades y área)

Privados

Indigentes

**Otras facilidades (indique número de unidades y área en pies cuadrados)**

Oficinas de  
administración

Salas de  
operación

Laboratorios

Espacio para  
rayos X

Farmacia

Lavandería

Guardería

Cocina y  
comedor

<b>Parte IV - Propiedad Inmueble que la Institución Utilizaba en o antes del 31 de Diciembre de 1968 en Actividades Médico-Hospitalarias</b>						
Localización de la propiedad			Nombre del acreedor hipotecario			
Inscrita a nombre de:			Dirección postal			
Total de gravámenes	Cabida del terreno			Costo del terreno		
Costo de la estructura	Depreciación acumulada			Valor neto		
Localización de la propiedad			Nombre del acreedor hipotecario			
Inscrita a nombre de:			Dirección postal			
Total de gravámenes	Cabida del terreno			Costo del terreno		
Costo de la estructura	Depreciación acumulada			Valor neto		
Localización de la propiedad			Nombre del acreedor hipotecario			
Inscrita a nombre de:			Dirección postal			
Total de gravámenes	Cabida del terreno			Costo del terreno		
Costo de la estructura	Depreciación acumulada			Valor neto		
<b>Número de estructuras que se están utilizando para:</b>						
Hospital general	Clínica o casa de salud	Viviendas médicos residentes	Viviendas de enfermeras	Viviendas estudiantes enfermería	Oficinas médicos residentes	Oficinas médicos privados
<b>Tasación para fines contributivos</b>						
Tierras	Estructuras	Exención	Tributable	Contribución		

Conservación: Once (11) años.

**Parte V - Información sobre Inversiones e Inventario de la Propiedad Mueble**

al \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Descripción	Valor en los libros	Valor tasado según planilla
1. Inversiones:		
(a) Acciones Compañías Foráneas .....		
(b) Bonos Gobiernos Extranjeros .....		
(c) Acciones Compañías Domésticas .....		
(d) Bonos Compañías Foráneas .....		
(e) Bonos Gobierno E.U. ....		
(f) _____		
(g) _____		
(h) _____		
2. Maquinaria y Equipo Mueble .....		
3. Muebles y Enseres .....		
4. Materiales y Efectos .....		
5. Vehículos de Motor .....		

**Parte VI - Solicitud de Beneficios bajo Subcontratación (Artículo 6 de la Ley 168)**

Por ciento (%) del total de los servicios prestados que son subcontratados: \_\_\_\_\_ %

Descripción de la maquinaria y equipo utilizado para la prestación de servicios subcontratados	Costo	Fecha de adquisición
<p><b>PARA</b></p> <p><b>PROPÓSITOS</b></p> <p><b>INFORMATIVOS</b></p> <p><b>SOLAMENTE. NO</b></p> <p><b>UTILICE PARA</b></p> <p><b>RENDIR.</b></p>		

**DECLARACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado \_\_\_\_\_, profesión \_\_\_\_\_, y residente de \_\_\_\_\_, P.R., en mi capacidad de \_\_\_\_\_ de la institución hospitalaria de referencia, declaro y juro que toda la información que antecede, incluyendo los informes y anejos que se acompañan han sido examinados por mí, y que según mi mejor conocimiento y creencia, la información sometida es verdadera, correcta y completa.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del declarante \_\_\_\_\_

**Affidávit:**

Jurada y suscrita ante mí por \_\_\_\_\_, de las circunstancias personales antes descritas, a quien doy fe de conocer personalmente en \_\_\_\_\_, P.R., hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nombre del Notario \_\_\_\_\_

Firma del Notario \_\_\_\_\_

Sello Notarial

**Requisitos de una Unidad Hospitalaria  
para Solicitar Beneficios Contributivos bajo la  
Ley Núm. 168 de 30 de junio de 1968, según enmendada  
(Modelo SC 4202)**

1. Presentar el Modelo SC 4202, Solicitud de Beneficios Contributivos bajo la Ley Núm. 168 de 30 de junio de 1968, según enmendada. **La solicitud tiene que estar completada en todas sus partes, según aplique.**
2. Presentar el Modelo SC 2745, Poder y Declaración de Representación.
3. Carta de presentación que describa todos los servicios médicos que presta la unidad hospitalaria. Favor de informar si hay más de una entidad solicitante y qué operación realiza cada una con respecto a la unidad hospitalaria. Además, debe hacer una descripción de la propiedad inmueble y los servicios que se ofrecen en cada piso, oficina o área.
4. Nombre de los socios o accionistas con sus respectivos números de seguro social y el por ciento de participación.
5. Certificado de Incorporación del Departamento de Estado.
6. Certificado de Existencia del Departamento de Estado.
7. Certificado de cumplimiento de radicación de informes anuales del Departamento de Estado (certificado de "Good Standing").
8. Si el Peticionario no está creado por la Ley General de Corporaciones, tiene que presentar copia del documento legal mediante el cual se creó.
9. Licencia expedida por el Departamento de Salud para la operación de la unidad hospitalaria.
10. Copia de **TODOS** los Certificados de Necesidad y Conveniencia emitidos a la unidad hospitalaria por el Departamento de Salud.
11. Certificación del Departamento de Salud en la cual establezca que las instalaciones y servicios médicos prestados son de excelencia médica (aplica a los Peticionarios que llevan un (1) año o más en operaciones).
12. Certificación emitida por la Oficina del Procurador del Paciente, a los fines de certificar el cumplimiento con las leyes aplicables a los derechos de los pacientes.
13. Certificación para prestar servicios a pacientes de Medicare.
14. Licencia sanitaria expedida por el Departamento de Salud.
15. Certificado de inspección del Cuerpo de Bomberos.
16. Certificación negativa de deuda del Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM) a los efectos de que el Peticionario y sus socios o accionistas no adeudan contribuciones sobre la propiedad **mueble e inmueble**.
17. Certificación negativa de deuda del Departamento de Hacienda a nombre del Peticionario y de cada uno de sus socios o accionistas, a los efectos de que no se adeudan contribuciones de clase alguna.
18. Certificación negativa de deuda emitida por el municipio donde el Peticionario lleva a cabo sus operaciones, a los efectos de que no se adeuden contribuciones municipales. Si su accionista es una entidad jurídica, también tiene que presentar la certificación negativa de deuda del municipio donde tiene su oficina principal o lleva a cabo sus operaciones.
19. Copia de la patente municipal.
20. Certificación negativa de deuda emitida por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado a nombre del Peticionario y sus socios o accionistas.
21. Certificación negativa de deuda emitida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos a nombre del Peticionario y sus socios o accionistas.
22. Inventario físico de toda la propiedad mueble e inmueble a ser utilizada en la unidad hospitalaria.
23. Escrituras mediante las cuales adquirió la propiedad inmueble.
24. Si la propiedad inmueble no pertenece al Peticionario, tiene que presentar copia del contrato de arrendamiento con respecto a la propiedad inmueble utilizada para proveer los servicios de salud objeto de exención.
25. Permiso de uso otorgado por la Administración de Reglamentos y Permisos (ARPE), la Oficina de Gerencia de Permisos o el municipio.
26. Informe actual sobre pacientes y servicios que la unidad hospitalaria ha prestado o prestará, a personas indigentes, gratuitamente o a precio nominal.
27. Informar el horario de trabajo de la unidad hospitalaria y la cantidad de empleados por turno.
28. Informar el nombre comercial bajo el cual se conoce a la unidad hospitalaria.

29. Estados financieros de los dos (2) últimos años contributivos del Peticionario. En caso que sea una entidad nueva, copia de los estados financieros de los socios o accionistas mayoritarios.
30. En caso de que la solicitud se trate de una subcontratación de servicios médicos de alta tecnología (Artículo 6 de la Ley 168), copia de los contratos con las unidades hospitalarias.
31. Si la solicitud es una extensión, tiene que presentar una declaración jurada según se establece en el Artículo 1(f)(2)(C) de la Ley 168.
32. Copia de cualquier otra licencia, permiso o certificación emitida por el gobierno estatal o federal relacionada con los servicios que ofrece la unidad hospitalaria.
33. Favor de presentar los documentos antes descritos en el orden en que aparecen en esta lista.

**Nota: Una copia de estos documentos deberá ser sometida al CRIM y al Departamento de Salud.**

Conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 15 de 20 de julio de 1990 y del Reglamento 9029, Reglamento para Imponer Cargos por Servicios por Solicitudes Sometidas al Departamento de Hacienda, aprobado el 16 de mayo de 2018, **TODA** solicitud de exención contributiva deberá venir acompañada con el recibo de pago efectuado a través de Colecturía Virtual (bajo el título de *Servicios*, acceda *Cargos por Servicio*, y luego *Continuar*, párrafo 12, inciso f). El pago se determina de la siguiente manera:

- a. Peticionarios con ingreso bruto menor o igual a \$1,000,000.00, el cargo será de **\$1,500.00**.
- b. Peticionarios con ingreso bruto mayor de \$1,000,000.00, pero igual o menor a \$3,000,000.00, el cargo será de **\$2,500.00**.
- c. Peticionarios con ingreso bruto mayor de \$3,000,000.00, pero igual o menor a \$10,000,000.00, el cargo será de **\$3,500.00**.
- d. Peticionarios con ingreso bruto mayor de \$10,000,000.00, el cargo será de **\$5,000.00**.

Las solicitudes que no contengan toda la información requerida en esta lista, estarán sujetas a **un cargo adicional de \$150.00** que deberá ser satisfecho al momento de someterse la información adicional. Este cargo adicional se efectuará mediante recibo de pago a través de Colecturía Virtual, de la misma manera en que se efectuó el cargo de la solicitud original.