



N° \_\_\_\_\_ /

# SOLICITUD DE PATENTE

Hualañé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

De acuerdo a lo dispuesto en el D.L. N°3063, Rentas Municipales, me permito solicitar patente con giro de: \_\_\_\_\_

Que estableceré en: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

A nombre de (o Razón Social) \_\_\_\_\_ Rut N°: \_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_ Rut N°: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Unica  Casa Matriz  Sucursal  N° Trabajadores Suc.Hñé.

Domicilio Particular

Para estos efectos declaro bajo juramento que el Capital Propio Inicial es de:

\$ \_\_\_\_\_

Rol Avalúo Propiedad N° \_\_\_\_\_

**USO DIDECO**

Para dar Cumplimiento a Ordenanza Municipal Art. 20° y 21° ( ¿A qué J. de Vecinos que esté vigente o la más cercana que esté funcionando, corresponde dar su Opinión para la presente Solicitud de Patente de Alcoholes? )

U.V.N° \_\_\_\_\_ Nombre J.V. : \_\_\_\_\_

Nombre Pdte. : \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma y Timbre Func. Municipal

Firma interesado o Representante  
Legal con Poder Notarial

---

**USO D.O.M**

( Para viviendas económicas, poblaciones, nuevas y otras )  
 Le afecta el Art. 145 y/o el N° 162 u otros de la ley general de Urbanismo y Construcciones

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Firma y Timbre Func. Municipal

## USO EXCLUSIVO INTERNO

INDICAR: EXISTE PATENTE EN ESTE LOCAL			SI	NO	ESTADO	Verificador
CONTRIBUYENTE TIENE OTRA(S) PATENTE(S)			SI	NO	ESTADO	
Resolución N° _____	CODIGO: CALLE	FECHA DE INICIO ACTIVIDADES EN EL S.I.I.	VALOR SEMESTRAL			
Rol Patente N° _____	CODIGO: POBLACIÓN		\$ _____			
Folio N° _____	Derechos de aseo					
<b>SERVICIOS</b>		<b>RECEPCIÓN</b>		Derechos de Propaganda		
	DÍA	MES	RESPUESTA	Derechos Varios		
D.O.M.				TOTAL A PAGAR		
SALUD DEL AMBIENTE				\$ _____		
CARABINEROS						
INSPECTORES						
U. VECINAL						

N° \_\_\_\_\_ /

## COMPROBANTE SOLICITUD DE PATENTE

Hualañé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Recibí de Don \_\_\_\_\_

Solicitud de Patente \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Pase a: Higiene Ambiental el día \_\_\_\_\_ /

Debe estar visible en su lugar

**NOTA: Este comprobante sólo acredita que la Patente se encuentra en trámite, NO faculta para abrir ningún tipo de negocio**

Nota: Este formulario se encuentra disponible en la página [www.hualane.cl](http://www.hualane.cl)

# ANTECEDENTES QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD DE PATENTE

## PERSONA NATURAL:

- Si Ud. es dueño (a), del local a utilizar, escritura o dominio vigente.
- Si es arrendatario, fotocopia contrato arriendo notarial; si el local es prestado, o cedido, autorización notarial (registro civil) y acreditar dominio propiedad.
- Fotocopia C. Identidad, por ambos lados.
- Fotocopia Formulario iniciación de actividades del S.I.I.
- Formulario N° 22 Declaración de Renta.
- Resolución SEREMI SALUD
- Informe D.O.M.
- Certificado de Capital Propio con N° de trabajadores
- Otros si el giro lo requiere

## SOCIEDADES:

- Constitución de Sociedad (Fotocopia).
- Fotocopia Rut. de la Sociedad y de representante legal.
- Si el local es propiedad de la Sociedad, escritura o dominio vigente.
- Si es arrendado, fotocopia contrato de arriendo legalizado o si es prestado o cedido, autorización notarial (registro civil) y acreditar dominio propiedad.
- Fotocopia Formulario Iniciación de Actividades del S.I.I.
- Formulario N° 22 Declaración de Renta.
- Resolución SEREMI SALUD
- Informe D.O.M.
- Certificado de Capital Propio con N° de trabajadores
- Otros si el giro lo requiere

## SUCURSALES (Además de los anterior):

- Certificado Distribución Capital Propio, emitido por la Municipalidad donde se encuentra ubicada su Casa Matriz ( Original o Fotocopia legalizada notarialmente). Para apertura de Sucursal en Hualañé
- Certificado simple que indique el número de trabajadores a desempeñarse en esta nueva Sucursal, emitido por el Representante legal o Jefe de local sucursal Hualañé

**NOTA:** En caso de que el local a Inspeccionar, esté cerrado o sin moradores, el interesado (solicitante), DEBE coordinar si fuere necesario, directamente con fiscalizadores (D.O.M., SEREMI DE SALUD RESPECTIVO, INSPECTORES MUNICIPALES O CARABINEROS DE CHILE), según corresponda, y programar el día y hora de la inspección, a fin de evitar dilatar el informe pertinente, y/o que sea **RECHAZADO**