

Document Page 1 of 41
United States Bankruptcy Court
District of Puerto Rico, San Juan Division

IN RE:

Case No. _____

Advance Pain Management and Rehabilitati

Chapter 11

Debtor(s)

VERIFICATION OF CREDITOR MATRIX

The above named debtor(s) hereby verify(ies) that the attached matrix listing creditors is true to the best of my(our) knowledge.

Date: July 11, 2019

Signature: /s/ Dr. Renier Mendez

Dr. Renier Mendez, President

Debtor

Date: _____

Signature: _____

Joint Debtor, if any

AUTORIDAD ENERGIA ELECTRICA
PO BOX 363508
SAN JUAN, PR 00936-3508

Clint Pharmaceuticals Inc.
629 Shute Ln
Old Hickory, TN 37138-1906

Dr. Renier mendez De Guzma
Urb. Garden Hills
B4 Calle Meadow Ln
Guaynabo, PR 00965-7902

Fill in this information to identify the case:

Debtor name Advance Pain Management and Rehabilitati

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO, SAN JUAN DIVISION

Case number (if known) _____

☐ Check if this is an amended filing

Official Form 207

Statement of Financial Affairs for Non-Individuals Filing for Bankruptcy

04/19

The debtor must answer every question. If more space is needed, attach a separate sheet to this form. On the top of any additional pages, write the debtor's name and case number (if known).

Part 1: Income

1. Gross revenue from business

☐ None.

Identify the beginning and ending dates of the debtor's fiscal year, which may be a calendar year

Sources of revenue
Check all that apply

Gross revenue
(before deductions and exclusions)

2. Non-business revenue

Include revenue regardless of whether that revenue is taxable. *Non-business income* may include interest, dividends, money collected from lawsuits, and royalties. List each source and the gross revenue for each separately. Do not include revenue listed in line 1.

☐ None.

Description of sources of revenue

Gross revenue from each source
(before deductions and exclusions)

Part 2: List Certain Transfers Made Before Filing for Bankruptcy

3. Certain payments or transfers to creditors within 90 days before filing this case

List payments or transfers--including expense reimbursements--to any creditor, other than regular employee compensation, within 90 days before filing this case unless the aggregate value of all property transferred to that creditor is less than \$6,825. (This amount may be adjusted on 4/01/22 and every 3 years after that with respect to cases filed on or after the date of adjustment.)

☐ None.

Creditor's Name and Address

Dates

Total amount of value

Reasons for payment or transfer
Check all that apply

4. Payments or other transfers of property made within 1 year before filing this case that benefited any insider

List payments or transfers, including expense reimbursements, made within 1 year before filing this case on debts owed to an insider or guaranteed or cosigned by an insider unless the aggregate value of all property transferred to or for the benefit of the insider is less than \$6,825. (This amount may be adjusted on 4/01/22 and every 3 years after that with respect to cases filed on or after the date of adjustment.) Do not include any payments listed in line 3. *Insiders* include officers, directors, and anyone in control of a corporate debtor and their relatives; general partners of a partnership debtor and their relatives; affiliates of the debtor and insiders of such affiliates; and any managing agent of the debtor. 11 U.S.C. § 101(31).

☐ None.

Insider's name and address
Relationship to debtor

Dates

Total amount of value

Reasons for payment or transfer

5. Repossessions, foreclosures, and returns

List all property of the debtor that was obtained by a creditor within 1 year before filing this case, including property repossessed by a creditor, sold at a foreclosure sale, transferred by a deed in lieu of foreclosure, or returned to the seller. Do not include property listed in line 6.

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati**

Case number (if known) _____

☒ None

Creditor's name and address	Describe of the Property	Date	Value of property
-----------------------------	--------------------------	------	-------------------

6. Setoffs

List any creditor, including a bank or financial institution, that within 90 days before filing this case set off or otherwise took anything from an account of the debtor without permission or refused to make a payment at the debtor's direction from an account of the debtor because the debtor owed a debt.

☒ None

Creditor's name and address	Description of the action creditor took	Date action was taken	Amount
-----------------------------	---	-----------------------	--------

Part 3: Legal Actions or Assignments**7. Legal actions, administrative proceedings, court actions, executions, attachments, or governmental audits**

List the legal actions, proceedings, investigations, arbitrations, mediations, and audits by federal or state agencies in which the debtor was involved in any capacity—within 1 year before filing this case.

☒ None.

Case title Case number	Nature of case	Court or agency's name and address	Status of case
---------------------------	----------------	------------------------------------	----------------

8. Assignments and receivership

List any property in the hands of an assignee for the benefit of creditors during the 120 days before filing this case and any property in the hands of a receiver, custodian, or other court-appointed officer within 1 year before filing this case.

☒ None**Part 4: Certain Gifts and Charitable Contributions****9. List all gifts or charitable contributions the debtor gave to a recipient within 2 years before filing this case unless the aggregate value of the gifts to that recipient is less than \$1,000**☒ None

Recipient's name and address	Description of the gifts or contributions	Dates given	Value
------------------------------	---	-------------	-------

Part 5: Certain Losses**10. All losses from fire, theft, or other casualty within 1 year before filing this case.**☐ None

Description of the property lost and how the loss occurred	Amount of payments received for the loss If you have received payments to cover the loss, for example, from insurance, government compensation, or tort liability, list the total received. List unpaid claims on Official Form 106A/B (Schedule A/B: Assets – Real and Personal Property).	Dates of loss	Value of property lost
damages to business facilities on account of the passing of Hurricane Irma and Maria	aproximately \$80,000.00	September 2017	\$0.00

Part 6: Certain Payments or Transfers**11. Payments related to bankruptcy**

List any payments of money or other transfers of property made by the debtor or person acting on behalf of the debtor within 1 year before the filing of this case to another person or entity, including attorneys, that the debtor consulted about debt consolidation or restructuring, seeking bankruptcy relief, or filing a bankruptcy case.

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati**

Case number (if known) _____

☐ None.

	Who was paid or who received the transfer? Address	If not money, describe any property transferred	Dates	Total amount or value
11.1.	Garcia- Arregui & Fullana PSC 252 Ponce de Leon Ave Ste 1101 San Juan, PR 00901	A retainer in the amount of \$10,000.00 was recieved plus the filing fee for a chaptet 11 case	june 9 2019	\$10,000.00
	Email or website address gaflegal.com			
	Who made the payment, if not debtor?			

12. Self-settled trusts of which the debtor is a beneficiary

List any payments or transfers of property made by the debtor or a person acting on behalf of the debtor within 10 years before the filing of this case to a self-settled trust or similar device.

Do not include transfers already listed on this statement.

☒ None.

Name of trust or device	Describe any property transferred	Dates transfers were made	Total amount or value
-------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------

13. Transfers not already listed on this statement

List any transfers of money or other property by sale, trade, or any other means made by the debtor or a person acting on behalf of the debtor within 2 years before the filing of this case to another person, other than property transferred in the ordinary course of business or financial affairs. Include both outright transfers and transfers made as security. Do not include gifts or transfers previously listed on this statement.

☒ None.

Who received transfer? Address	Description of property transferred or payments received or debts paid in exchange	Date transfer was made	Total amount or value
-----------------------------------	--	------------------------	-----------------------

Part 7: Previous Locations**14. Previous addresses**

List all previous addresses used by the debtor within 3 years before filing this case and the dates the addresses were used.

☒ Does not apply

Address	Dates of occupancy From-To
---------	-------------------------------

Part 8: Health Care Bankruptcies**15. Health Care bankruptcies**

Is the debtor primarily engaged in offering services and facilities for:

- diagnosing or treating injury, deformity, or disease, or
- providing any surgical, psychiatric, drug treatment, or obstetric care?

☐ No. Go to Part 9.☒ Yes. Fill in the information below.

Facility name and address	Nature of the business operation, including type of services the debtor provides	If debtor provides meals and housing, number of patients in debtor's care
15.1. Advance Pain Management and Rehabilitati 22 Calle Santa Cruz Bayamon, PR 00961-6906	Location where patient records are maintained (if different from facility address). If electronic, identify any service provider.	How are records kept?

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati**

Case number (if known) _____

Facility name and address

Nature of the business operation, including type of services the debtor provides

If debtor provides meals and housing, number of patients in debtor's care
Check all that apply:Urb. Santa Cruz
E-22 Calle Santa Cruz, Baya,on PR☐ Electronically
☐ Paper**Part 9: Personally Identifiable Information**

16. Does the debtor collect and retain personally identifiable information of customers?

- ☒ No.
- ☐ Yes. State the nature of the information collected and retained.

17. Within 6 years before filing this case, have any employees of the debtor been participants in any ERISA, 401(k), 403(b), or other pension or profit-sharing plan made available by the debtor as an employee benefit?

- ☒ No. Go to Part 10.
- ☐ Yes. Does the debtor serve as plan administrator?

Part 10: Certain Financial Accounts, Safe Deposit Boxes, and Storage Units18. **Closed financial accounts**

Within 1 year before filing this case, were any financial accounts or instruments held in the debtor's name, or for the debtor's benefit, closed, sold, moved, or transferred?

Include checking, savings, money market, or other financial accounts; certificates of deposit; and shares in banks, credit unions, brokerage houses, cooperatives, associations, and other financial institutions.

☒ None

Financial Institution name and Address	Last 4 digits of account number	Type of account or instrument	Date account was closed, sold, moved, or transferred	Last balance before closing or transfer

19. **Safe deposit boxes**

List any safe deposit box or other depository for securities, cash, or other valuables the debtor now has or did have within 1 year before filing this case.

☒ None

Depository institution name and address	Names of anyone with access to it Address	Description of the contents	Do you still have it?

20. **Off-premises storage**

List any property kept in storage units or warehouses within 1 year before filing this case. Do not include facilities that are in a part of a building in which the debtor does business.

☒ None

Facility name and address	Names of anyone with access to it	Description of the contents	Do you still have it?

Part 11: Property the Debtor Holds or Controls That the Debtor Does Not Own21. **Property held for another**

List any property that the debtor holds or controls that another entity owns. Include any property borrowed from, being stored for, or held in trust. Do not list leased or rented property.

☒ None

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati**

Case number (if known) _____

Part 12: Details About Environment Information

For the purpose of Part 12, the following definitions apply:

Environmental law means any statute or governmental regulation that concerns pollution, contamination, or hazardous material, regardless of the medium affected (air, land, water, or any other medium).*Site* means any location, facility, or property, including disposal sites, that the debtor now owns, operates, or utilizes or that the debtor formerly owned, operated, or utilized.*Hazardous material* means anything that an environmental law defines as hazardous or toxic, or describes as a pollutant, contaminant, or a similarly harmful substance.**Report all notices, releases, and proceedings known, regardless of when they occurred.****22. Has the debtor been a party in any judicial or administrative proceeding under any environmental law? Include settlements and orders.**☒ No.☐ Yes. Provide details below.

Case title	Court or agency name and address	Nature of the case	Status of case
Case number			

23. Has any governmental unit otherwise notified the debtor that the debtor may be liable or potentially liable under or in violation of an environmental law?☒ No.☐ Yes. Provide details below.

Site name and address	Governmental unit name and address	Environmental law, if known	Date of notice

24. Has the debtor notified any governmental unit of any release of hazardous material?☒ No.☐ Yes. Provide details below.

Site name and address	Governmental unit name and address	Environmental law, if known	Date of notice

Part 13: Details About the Debtor's Business or Connections to Any Business**25. Other businesses in which the debtor has or has had an interest**

List any business for which the debtor was an owner, partner, member, or otherwise a person in control within 6 years before filing this case. Include this information even if already listed in the Schedules.

☒ None

Business name address	Describe the nature of the business	Employer Identification number	Dates business existed
		Do not include Social Security number or ITIN.	

26. Books, records, and financial statements**26a. List all accountants and bookkeepers who maintained the debtor's books and records within 2 years before filing this case.**☐ None

Name and address	Date of service From-To
26a.1. EDWIN Roman Urb. Parque del Monte 72 calle paseo de	
26a.2. EDWIN Roman Urb. Parque del Monte 72 calle paseo de	since 2000

26b. List all firms or individuals who have audited, compiled, or reviewed debtor's books of account and records or prepared a financial statement within 2

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati**

Case number (if known) _____

years before filing this case.

☐ None**Name and address****Date of service
From-To**26b.1. **EDWIN ROMAN**
Urb. Parque del Monte
72 Calle Paseo de**since 2000**

26c. List all firms or individuals who were in possession of the debtor's books of account and records when this case is filed.

☒ None**Name and address****If any books of account and records are unavailable,
explain why**

26d. List all financial institutions, creditors, and other parties, including mercantile and trade agencies, to whom the debtor issued a financial statement within 2 years before filing this case.

☒ None**Name and address****27. Inventories**

Have any inventories of the debtor's property been taken within 2 years before filing this case?

☒ No☐ Yes. Give the details about the two most recent inventories.**Name of the person who supervised the taking of the
inventory****Date of inventory****The dollar amount and basis (cost, market,
or other basis) of each inventory**

28. List the debtor's officers, directors, managing members, general partners, members in control, controlling shareholders, or other people in control of the debtor at the time of the filing of this case.

29. Within 1 year before the filing of this case, did the debtor have officers, directors, managing members, general partners, members in control of the debtor, or shareholders in control of the debtor who no longer hold these positions?

☒ No☐ Yes. Identify below.**30. Payments, distributions, or withdrawals credited or given to insiders**

Within 1 year before filing this case, did the debtor provide an insider with value in any form, including salary, other compensation, draws, bonuses, loans, credits on loans, stock redemptions, and options exercised?

☐ No☒ Yes. Identify below.**Name and address of recipient****Amount of money or description and value of
property****Dates****Reason for providing
the value**30.1 **Sara Pastor Jimeno****B4 Calle Mdws****Guaynabo, PR 00968-3201****\$1200.00 biweekly as office manager****Relationship to debtor****Secretary of the Corporation**

31. Within 6 years before filing this case, has the debtor been a member of any consolidated group for tax purposes?

Debtor Advance Pain Management and Rehabilitati

Case number (if known) _____

- ☐ No
- ☐ Yes. Identify below.

Name of the parent corporation

Employer Identification number of the parent corporation

32. Within 6 years before filing this case, has the debtor as an employer been responsible for contributing to a pension fund?

- ☐ No
- ☐ Yes. Identify below.

Name of the pension fund

Employer Identification number of the parent corporation

Part 14: Signature and Declaration

WARNING -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement, concealing property, or obtaining money or property by fraud in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.

I have examined the information in this *Statement of Financial Affairs* and any attachments and have a reasonable belief that the information is true and correct.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on July 11, 2019/s/ Dr. Renier Mendez

Signature of individual signing on behalf of the debtor

Dr. Renier Mendez

Printed name

Position or relationship to debtor PresidentAre additional pages to *Statement of Financial Affairs for Non-Individuals Filing for Bankruptcy (Official Form 207)* attached?

- ☐ No
- ☐ Yes

Fill in this information to identify your case:

United States Bankruptcy Court for the:

DISTRICT OF PUERTO RICO, SAN JUAN DIVISION

Case number (if known) Chapter 11

☐ Check if this an amended filing

Official Form 201

Voluntary Petition for Non-Individuals Filing for Bankruptcy

4/19

If more space is needed, attach a separate sheet to this form. On the top of any additional pages, write the debtor's name and case number (if known). For more information, a separate document, *Instructions for Bankruptcy Forms for Non-Individuals*, is available.

1. Debtor's name Advance Pain Management and Rehabilitati

2. All other names debtor used in the last 8 years

Include any assumed names, trade names and doing business as names

3. Debtor's federal Employer Identification Number (EIN) 98-0420166

4. Debtor's address Principal place of business Mailing address, if different from principal place of business

E22 Calle Santa Cruz Bayamon, PR 00961-6905

Number, Street, City, State & ZIP Code

San Juan

County

E22 Calle Santa Cruz Bayamon, PR 00961-6905

P.O. Box, Number, Street, City, State & ZIP Code

Location of principal assets, if different from principal place of business

E22 Calle Santa Cruz Bayamon, PR 00961-6905

Number, Street, City, State & ZIP Code

5. Debtor's website (URL)

6. Type of debtor

☒ Corporation (including Limited Liability Company (LLC) and Limited Liability Partnership (LLP))

☐ Partnership (excluding LLP)

☐ Other. Specify:

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati** Case number (if known) _____
 Name _____

7. Describe debtor's business

A. Check one:

- ☒ Health Care Business (as defined in 11 U.S.C. § 101(27A))
- ☐ Single Asset Real Estate (as defined in 11 U.S.C. § 101(51B))
- ☐ Railroad (as defined in 11 U.S.C. § 101(44))
- ☐ Stockbroker (as defined in 11 U.S.C. § 101(53A))
- ☐ Commodity Broker (as defined in 11 U.S.C. § 101(6))
- ☐ Clearing Bank (as defined in 11 U.S.C. § 781(3))
- ☐ None of the above

B. Check all that apply

- ☐ Tax-exempt entity (as described in 26 U.S.C. §501)
- ☐ Investment company, including hedge fund or pooled investment vehicle (as defined in 15 U.S.C. §80a-3)
- ☐ Investment advisor (as defined in 15 U.S.C. §80b-2(a)(11))

C. NAICS (North American Industry Classification System) 4-digit code that best describes debtor.
 See <http://www.uscourts.gov/four-digit-national-association-naics-codes>.

8. Under which chapter of the Bankruptcy Code is the debtor filing?

Check one:

- ☐ Chapter 7
- ☐ Chapter 9

☒ Chapter 11. Check all that apply:

- ☐ Debtor's aggregate noncontingent liquidated debts (excluding debts owed to insiders or affiliates) are less than \$2,725,625 (amount subject to adjustment on 4/01/22 and every 3 years after that).
- ☐ The debtor is a small business debtor as defined in 11 U.S.C. § 101(51D). If the debtor is a small business debtor, attach the most recent balance sheet, statement of operations, cash-flow statement, and federal income tax return or if all of these documents do not exist, follow the procedure in 11 U.S.C. § 1116(1)(B).
- ☐ A plan is being filed with this petition.
- ☐ Acceptances of the plan were solicited prepetition from one or more classes of creditors, in accordance with 11 U.S.C. § 1126(b).
- ☐ The debtor is required to file periodic reports (for example, 10K and 10Q) with the Securities and Exchange Commission according to § 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934. File the *attachment to Voluntary Petition for Non-Individuals Filing for Bankruptcy under Chapter 11* (Official Form 201A) with this form.
- ☐ The debtor is a shell company as defined in the Securities Exchange Act of 1934 Rule 12b-2.

☐ Chapter 12**9. Were prior bankruptcy cases filed by or against the debtor within the last 8 years?**☒ No.☐ Yes.

If more than 2 cases, attach a separate list.

District _____	When _____	Case number _____
District _____	When _____	Case number _____

10. Are any bankruptcy cases pending or being filed by a business partner or an affiliate of the debtor?☒ No☐ Yes.

List all cases. If more than 1, attach a separate list

Debtor _____	Relationship _____
District _____	When _____ Case number, if known _____

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati** Case number (if known) _____
 Name _____

11. Why is the case filed in this district?

Check all that apply:

- ☒ Debtor has had its domicile, principal place of business, or principal assets in this district for 180 days immediately preceding the date of this petition or for a longer part of such 180 days than in any other district.
- ☐ A bankruptcy case concerning debtor's affiliate, general partner, or partnership is pending in this district.

12. Does the debtor own or have possession of any real property or personal property that needs immediate attention?

☒ No

☐ Yes. Answer below for each property that needs immediate attention. Attach additional sheets if needed.

Why does the property need immediate attention? (Check all that apply.)

☐ It poses or is alleged to pose a threat of imminent and identifiable hazard to public health or safety.

What is the hazard? _____

☐ It needs to be physically secured or protected from the weather.

☐ It includes perishable goods or assets that could quickly deteriorate or lose value without attention (for example, livestock, seasonal goods, meat, dairy, produce, or securities-related assets or other options).

☐ Other _____

Where is the property? _____

Number, Street, City, State & ZIP Code

Is the property insured?

☐ No

☐ Yes. Insurance agency _____

Contact name _____

Phone _____

Statistical and administrative information

13. Debtor's estimation of available funds

Check one:

- ☒ Funds will be available for distribution to unsecured creditors.
- ☐ After any administrative expenses are paid, no funds will be available to unsecured creditors.

14. Estimated number of creditors

☒ 1-49

☐ 50-99

☐ 100-199

☐ 200-999

☐ 1,000-5,000

☐ 5001-10,000

☐ 10,001-25,000

☐ 25,001-50,000

☐ 50,001-100,000

☐ More than 100,000

15. Estimated Assets

☐ \$0 - \$50,000

☐ \$50,001 - \$100,000

☐ \$100,001 - \$500,000

☒ \$500,001 - \$1 million

☐ \$1,000,001 - \$10 million

☐ \$10,000,001 - \$50 million

☐ \$50,000,001 - \$100 million

☐ \$100,000,001 - \$500 million

☐ \$500,000,001 - \$1 billion

☐ \$1,000,000,001 - \$10 billion

☐ \$10,000,000,001 - \$50 billion

☐ More than \$50 billion

16. Estimated liabilities

☐ \$0 - \$50,000

☐ \$50,001 - \$100,000

☐ \$100,001 - \$500,000

☐ \$500,001 - \$1 million

☒ \$1,000,001 - \$10 million

☐ \$10,000,001 - \$50 million

☐ \$50,000,001 - \$100 million

☐ \$100,000,001 - \$500 million

☐ \$500,000,001 - \$1 billion

☐ \$1,000,000,001 - \$10 billion

☐ \$10,000,000,001 - \$50 billion

☐ More than \$50 billion

Debtor **Advance Pain Management and Rehabilitati** Case number (if known) _____
Name**Request for Relief, Declaration, and Signatures****WARNING** -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.**17. Declaration and signature
of authorized
representative of debtor**

The debtor requests relief in accordance with the chapter of title 11, United States Code, specified in this petition.

I have been authorized to file this petition on behalf of the debtor.

I have examined the information in this petition and have a reasonable belief that the information is true and correct.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on **July 11, 2019**
MM / DD / YYYY**X /s/ Dr. Renier Mendez**
Signature of authorized representative of debtor

Title **President****Dr. Renier Mendez**
Printed name**18. Signature of attorney** **X /s/ Isabel Fullana**
Signature of attorney for debtorDate **July 11, 2019**
MM / DD / YYYY**Isabel Fullana**
Printed name**Garcia- Arregui & Fullana PSC**
Firm name**PO Box 11579**
San Juan, PR 00910-2679
Number, Street, City, State & ZIP CodeContact phone **(787) 766-2530**Email address **isabelfullana@gmail.com****7955**
Bar number and State

RESOLUTION OF BOARD OF DIRECTORS OF

ADVANCE PAIN MANAGEMENT & REHABILITATION INSTITUTE INC.

WHEREAS, it appears that this Corporation is unable to meet maturing obligations as they fall due in the usual course of business, and can no longer profitably continue in business, and

WHEREAS, numerous creditors have threatened to prosecute their claims against this Corporation, be it

RESOLVED, that, in all fairness to its creditors, this Board of Directors deems it advisable and for the best interests of the Corporation to file a voluntary petition in bankruptcy, and

RESOLVED, that a special meeting of the stockholders of this Corporation was held on June 28, 2019, for the purpose of considering and approving of the filing of a voluntary petition in bankruptcy, be it

RESOLVED, that the stockholders of this corporation do hereby assent to the filing of a voluntary petition in bankruptcy and do hereby authorize and direct the officers of the corporation to execute the required petitions and schedules and all other instruments necessary to carry this resolution into effect, and;

RESOLVED FURTHER that the President is hereby authorized to employ a competent attorney to represent the Corporation and the aforesaid bankruptcy proceeding.


I, Sara Pastor Jimeno, do hereby certify that I am the duly elected and qualified Secretary and the keeper of the records and corporate seal of Advance Pain Management and Rehabilitation Institute Inc. a corporation organized and existing under the laws of the Commonwealth of Puerto Rico, and that the above is a true and correct copy of a resolution duly adopted at a meeting of the Board of Directors thereof, convened and held in accordance with law and the Bylaws of said Corporation that such resolution is now in full force and effect.

IN WITNESS WHEREOF, I have affixed my name as Secretary and have caused the corporate seal of said Corporation to be hereunto affixed, this 10th of July 2019.


SECRETARY



Formulario 480.2 Rev. 10.17

Liquidador Revisor Investigado por Fecha R M AÑO	2017	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA Planilla de Contribución sobre Ingresos de Corporaciones AÑO CONTRIBUTIVO COMENZADO EL 01 de 03 de 2017 Y TERMINADO EL 28 de 02 de 2018	2017
Nombre del Contribuyente Advance Pain Management Rehabilitation Institute Inc Dirección Postal URB. SANTA CRUZ E-22 CALLE SANTA CRUZ Bayamon PR Código Postal 00961-6911		Número de Identificación Patronal 95-0420186 Número de Registro del Departamento de Estado 141989 Clave Industrial 621110 Cod. Municipal 15 Número de Registro de Comerciante 002407430014 Número de Teléfono - Extensión (787) 740-4286	
Localización de la Industria o Negocio Principal - Número, Calle, Pueblo URB. SANTA CRUZ, E-22 CALLE SANTA CRUZ Bayamon PR 00961-6911		Fecha de Incorporación 01 / Mes 03 / Año 2004 Lugar de Incorporación PUERTO RICO	
Naturaleza de la Industria o Negocio Principal (Ej. Ferretería, Cafetería, etc.) SERVICIOS MEDICOS		Tipo de Entidad corporacion	
Marque el encasillado correspondiente, si aplica 1 <input type="checkbox"/> Primera planilla 2 <input type="checkbox"/> Última planilla Contratos con Organismos Gubernamentales <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Indique si es miembro de un grupo de entidades relacionadas <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico de Persona Contacto (E-mail) apmri22@gmail.com		Número de grupo	
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
Reintegro Pago	Sello  1019-00149878	58. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) A. Bahía de San Juan B. Puerto Rico C. V. línea 58) D. Penalidades E. a 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)	
		(1) 0 00 (1A) 0 00 (1B) 0 00 (1C) 0 00 (1D) 0 00 (2) 297 00 (3) 297 00 (3A) 0 00 (3B) 0 00 (4) 0 00	
JURAMENTO Yo, el/la otro oficial principal y tesorero (o tesorero auxiliar), o agente de la corporación a nombre de la cual uno por sí, bajo el más solemne juramento y a la pena de perjurio, declaramos que hemos examinado la misma, y que según nuestro mejor conocimiento y creencia es una planilla exacta, correcta y completa, hecha de buena fe, de acuerdo con el Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, y sus Reglamentos.			
Nombre del presidente o vicepresidente DR. RENIER J. MENDEZ DE GUZMAN		Firma del presidente o vicepresidente Fecha 25/03/2018	
Nombre del tesorero o tesorero auxiliar DR. RENIER J. MENDEZ DE GUZMAN		Firma del tesorero o tesorero auxiliar Fecha 25/03/2018	
Nombre del agente		Firma del agente Fecha	
PARA USO DEL ESPECIALISTA SOLAMENTE			
Declaro bajo pena de perjurio que he examinado esta planilla (incluyendo los anejos y estados adjuntos), y a mi mejor conocimiento y creencia, los datos en la misma son ciertos, correctos y constituyen en conjunto una planilla exacta y completa. La declaración de la persona que prepara esta planilla es con relación a la información recibida y ésta puede ser verificada.			
Nombre del especialista (Código de nómina) EDWIN ROMAN HERNANDEZ		Número de registro 0 8 6 7 3	
Nombre de la firma EDWIN ROMAN HERNANDEZ		Fecha 3-31-18	
Firma del especialista		Dirección PMB 3994 243 CALLE PARIS SAN JUAN PR	
		Código postal 00917	

NOTA AL CONTRIBUYENTE
 Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ Si ☐ No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.
 Período de Conservación: Diez (10) años

Formulario 480.2 Rev. 10.17

Parte I Determinación del Ingreso Neto (o Pérdida) de Operaciones			
1. Ventas netas de bienes o productos (Véanse instrucciones)	(1)	0	00
Menos: Costos de ventas o costos directos de producción			
2. Inventario al comienzo del año 1 <input type="checkbox"/> "C" 2 <input type="checkbox"/> "C" o "VM"	(2)	0	00
3. Compra de materiales o mercadería	(3)	0	00
4. Jornales directos	(4)	0	00
5. Otros costos directos (De la Parte V, línea 17)	(5)	0	00
6. Costo de bienes disponibles para la venta (Suma líneas 2 a la 5)	(6)	0	00
7. Menos: Inventario al finalizar el año 1 <input type="checkbox"/> "C" 2 <input type="checkbox"/> "C" o "VM"	(7)	0	00
8. Total de costos de ventas o costos directos de producción (Línea 6 menos línea 7)	(8)	0	00
9. Ganancia (o pérdida) bruta de la venta de bienes o productos (Línea 1 menos línea 8)	(9)	0	00
10. Ingreso bruto generado en la venta de servicios	(10)	262,397	00
11. Ganancia neta de capital (Anejo D Corporación, Parte IV, línea 21)	(11)	0	00
12. Ganancia neta (o pérdida) en la venta de propiedad que no sea activo de capital (Anejo D Corporación, Parte V, línea 22)	(12)	0	00
13. Renta	(13)	0	00
14. Intereses: (a) Sujetos a la tasa preferencial de 10% 0 (b) Otros 0	(14)	0	00
15. Ingreso por comisiones	(15)	0	00
16. Dividendos de corporaciones: (a) Domésticas 0 (b) Extranjeras 0	(16)	0	00
17. Participación distribuida en el ingreso neto de sociedades y sociedades especiales (Anejo R Corporación, Parte III, línea 5)	(17)	0	00
18. Participación distribuida en el ingreso neto sujeto a tasas preferenciales proveniente de sociedades y sociedades especiales (Véanse instrucciones)	(18)	0	00
19. Beneficio tributario de agricultura (Anejo S Corporación, Parte I, línea 9)	(19)	0	00
20. Ingreso neto derivado de las operaciones de una entidad financiera internacional que opere como una unidad de un banco	(20)	0	00
21. Fletes y pasajes	(21)	0	00
22. Regalías	(22)	0	00
23. Condonación de deudas (Formulario 480.6A)	(23)	0	00
24. Espectáculos públicos	(24)	0	00
25. Otros pagos reportados en un Formulario 480.6A o 480.6B	(25)	0	00
26. Ingresos misceláneos (Someta detalle)	(26)	0	00
27. Total de ingresos (Suma líneas 9 a la 26)	(27)	262,397	00
28. Menos: Cantidad exenta bajo Ley 135-2014 (Véanse instrucciones)	(28)	0	00
29. Total de ingresos después de la exención bajo la Ley 135-2014 (Línea 27 menos línea 28)	(29)	262,397	00
30. Menos: Total de deducciones (De la Parte VI, línea 52)	(30)	253,078	00
31. Ingreso neto (o pérdida) de operaciones (Línea 29 menos línea 30)	(31)	9,319	00
Parte II Determinación del Ingreso Neto (o Pérdida)			
32. Menos: Deducción por pérdida neta en las operaciones del año anterior (Someta Anejo G Corporación. No exceder del 80% de la línea 31)	(32)	7,465	00
33. Ingreso neto (o pérdida)	(33)	1,854	00
Parte III Determinación del Ingreso Neto Sujeto a Contribución Normal y Contribución Adicional			
34. Menos: Dividendos o beneficios recibidos de corporaciones domésticas (Véanse instrucciones)	(34)	0	00
35. Ingreso neto sujeto a contribución normal (Línea 33 menos línea 34)	(35)	1,854	00
36. Menos: Deducción para fines de la contribución adicional (Marque aquí si viene del Modelo SC 2652)	(36)	25,000	00
37. Ingreso neto sujeto a contribución adicional (Línea 35 menos línea 36)	(37)	0	00
Parte IV Cálculo de la Contribución			
38. Contribución normal (Multiplique la línea 35 por: 1 <input checked="" type="checkbox"/> 20% 2 <input type="checkbox"/> 15% 3 <input type="checkbox"/> 10% 4 <input type="checkbox"/> 5% 5 <input type="checkbox"/> %) (Véanse instrucciones)	(38)	373	00
39. Contribución adicional (Véanse instrucciones)	(39)	0	00
40. Contribución Total (Suma líneas 38 y 39)	(40)	373	00
41. Contribución Alternativa - Ganancias de Capital y Tasas Preferenciales (Anejo D1 Corporación, línea 9)	(41)	0	00
42. Contribución determinada antes del crédito por contribuciones pagadas a los Estados Unidos, sus posesiones y países extranjeros (Línea 40 o 41, la que sea menor, siempre que la línea 41 sea mayor de cero)	(42)	373	00
43. Crédito por contribuciones pagadas a los Estados Unidos, sus posesiones y países extranjeros (Anejo C Corporación, Parte III, línea 6(b))	(43)	0	00
44. Contribución determinada antes de contribución alternativa mínima (Línea 42 menos línea 43)	(44)	373	00
45. Contribución alternativa mínima en exceso de la contribución regular (Anejo A Corporación, Parte V, línea 33)	(45)	0	00
46. Responsabilidad contributiva antes de créditos contributivos (Suma líneas 44 y 45)	(46)	373	00
47. Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Corporación, Parte I, línea 3)	(47)	0	00
48. Crédito por contribución alternativa mínima pagada en años anteriores (Anejo A Corporación, Parte VI, línea 4)	(48)	0	00
49. Créditos contributivos (Anejo B Corporación, Parte II, línea 26)	(49)	0	00
50. Responsabilidad contributiva antes del monto equivalente a dividendo o distribución de beneficios y de la contribución sobre dividendo implícito (Suma líneas 46 y 47 menos líneas 48 y 49)	(50)	373	00
51. Contribución sobre monto equivalente a dividendo o distribución de beneficios (Modelo SC 2879, Contribución sobre Monto Equivalente a Dividendo, línea 11)	(51)	0	00
52. Contribución sobre dividendo implícito (Véanse instrucciones) (Modelo SC 2877, Contribución sobre Dividendo Implícito, línea 13)	(52)	0	00
53. Responsabilidad Contributiva Total (Suma líneas 50 a la 52)	(53)	373	00
54. Menos: Otros Pagos y Retenciones (Anejo B Corporación, Parte III, línea 11)	(54)	97	00
55. Total no pagado de la contribución (Si la línea 54 es menor que la línea 53, anote la diferencia aquí, de lo contrario en la línea 56)	(55)	276	00
56. Exceso de contribución pagada o retenida (Véanse instrucciones)	(56)	0	00
57. Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Corporación, Parte II, línea 21)	(57)	21	00
58. BALANCE: * Si línea 56 es mayor que la suma de líneas 55 y 57, usted tiene un sobrepago. Anote diferencia aquí y en línea 1 de página 1. * Si línea 56 es menor que la suma de líneas 55 y 57, usted tiene un balance pendiente de pago. Anote diferencia aquí y en línea 2 de la página 1. * Si diferencia entre línea 56 y la suma de líneas 55 y 57 es igual a cero, anote cero aquí y pase a firmar su planilla en la página 1.	(58)	297	00

LA CANTIDAD REFLEJADA EN LA LÍNEA 58 DEBERÁ TRASLADARSE A LA LÍNEA CORRESPONDIENTE DE LA PÁGINA 1.

Período de Conservación: Diez (10) años

COQUINTERACTIVE (www.tributa.org) 3017

Parte V Otros Gastos Directos		Importe	Partida	Importe
1.	Jornales, sueldos y bonificaciones	0.00	11. Renta	0.00
2.	Seguro social federal (FICA)	0.00	12. Limpieza, mantenimiento y recogido de desperdicios	0.00
3.	Seguro de desempleo	0.00	13. Gastos de empaque de productos	0.00
4.	Primas Fondo Seguro del Estado	0.00	14. Gastos de comida pagados a empleados de producción	0.00
5.	Seguro médico y de hospitalización	0.00	(Total \$ 0)	0.00
6.	Otros seguros	0.00	15. Depreciación (Someta Anejo E)	0.00
7.	Arbitrios / Impuesto sobre uso	0.00	16. Otros gastos (Someta detalle)	0.00
8.	Impuesto sobre ventas y uso en importaciones	0.00	17. Total otros costos directos (Suma líneas 1 a la 16)	0.00
9.	Reparaciones	0.00	Traslade a la Parte I, línea 5)	0.00
10.	Luz y agua	0.00		

Parte VI Deducciones		Importe
1.	Compensación a directores (Véanse instrucciones Parte X)	0.00
2.	Compensación a oficiales (Véanse instrucciones Parte XI)	0.00
3.	Sueldos, comisiones y bonificaciones a empleados (Véanse instrucciones)	120,944.00
4.	Comisiones a negocios	0.00
5.	Seguro social federal (FICA)	9,252.00
6.	Seguro de desempleo	3,559.00
7.	Primas Fondo Seguro del Estado	1,410.00
8.	Seguro médico y de hospitalización	0.00
9.	Seguros	11,246.00
10.	Intereses pagados en arrendamiento financiero de automóviles	0.00
11.	Intereses hipotecarios	0.00
12.	Otros intereses (Véanse instrucciones)	0.00
13.	Renta de propiedad mueble tangible	0.00
14.	Renta de propiedad inmueble	11,000.00
15.	Contribución sobre propiedad: (a) Mueble \$ 3,429 (b) Inmueble \$ 0	3,429.00
16.	Otras contribuciones, patentes y licencias (No incluya impuesto sobre ventas y uso (Véanse instrucciones))	2,083.00
17.	Impuesto sobre ventas y uso (Véanse instrucciones)	0.00
18.	Pérdidas ocasionadas por fuego, huracán, otros siniestros o por robo (Véanse instrucciones)	0.00
19.	Gastos de automóviles (Millaje 0) (Véanse instrucciones)	0.00
20.	Gastos de otros vehículos de motor (Véanse instrucciones)	0.00
21.	Gastos de comida y entretenimiento (Total \$ 0) (Véanse instrucciones)	0.00
22.	Gastos de viajes	0.00
23.	Servicios profesionales	34,041.00
24.	Aportaciones a planes de pensiones u otros planes calificados (Véanse instrucciones Someta Modelo SC 6042)	0.00
25.	Depreciación y amortización (Véanse instrucciones Someta Anejo E)	0.00
26.	Deudas incofinables (Véanse instrucciones)	0.00
27.	Reparaciones (Véanse instrucciones)	552.00
28.	Regalias	0.00
29.	Cargos de administración	0.00
30.	Deducción a patronos que emplean personas impedidas (Véanse instrucciones)	0.00
31.	Aportaciones o cuentas de aportación educativa para los beneficiarios de sus empleados (Véanse instrucciones)	0.00
32.	Gastos en propiedades arrendadas a la Compañía de Fomento Industrial de Puerto Rico o almacén de la Compañía de Comercio y Exportación (Véanse instrucciones)	0.00
33.	Gastos incurridos o pagados a accionistas, personas o entidades relacionadas fuera de Puerto Rico (Véanse instrucciones) (Total \$ 0)	0.00
34.	Deducción por gastos incurridos o pagados a accionistas, personas o entidades relacionadas, totalmente deducibles (Véanse instrucciones)	0.00
35.	Servicios públicos (agua, luz, teléfono, internet, etc.)	8,616.00
36.	Limpieza, mantenimiento y recogido de desperdicios	4,474.00
37.	Cargos bancarios	3,663.00
38.	Gastos de publicidad y mercadeo (Anuncios)	0.00
39.	Materiales y efectos de oficina	0.00
40.	Seminarios, adiestramientos y gastos de educación continua para empleados	0.00
41.	Servicios de seguridad	0.00
42.	Servicios de seguro de cuentas	0.00
43.	Servicios subcontratados	0.00
44.	Gastos incurridos o pagados por concepto de servicios recibidos de personas no dedicadas a industria o negocio en Puerto Rico	0.00
45.	Gastos por concepto de cuotas, subscripciones y membresías	0.00
46.	Gastos relacionados con licencias y programas de computadoras no capitalizables (Véanse instrucciones)	0.00
47.	Gastos incurridos o pagados por concepto de pago cualificado por asistencia por desempleo a empleados (Véanse instrucciones)	0.00
48.	Otras deducciones (Véanse instrucciones)	38,800.00
49.	Subtotal de deducciones (Suma líneas 1 a la 48)	253,078.00
50.	Donativos (Véanse instrucciones)	0.00
51.	Deducción bajo la Ley 185-2014 (Véanse instrucciones)	0.00
52.	Total de deducciones (Suma líneas 49 a la 51. Traslade a la Parte I, línea 30)	253,078.00

Período de Conservación: Diez (10) años

Parte VII Estado de Situación Comparado

		Al comenzar el año		Al terminar el año	
Activos		Total		Total	
1. Efectivo en caja y bancos	(1)		29,927.00	(1)	27,451.00
2. Cuentas a cobrar	(2)	40,000.00		(2)	42,000.00
3. Menos: Reserva para cuentas incobrables	(3)	0.00	40,000.00	(3)	42,000.00
4. Inventarios	(4)		4,625.00	(4)	4,550.00
5. Otros activos corrientes	(5)		0.00	(5)	0.00
6. Obligaciones a cobrar	(6)		0.00	(6)	0.00
7. Inversiones	(7)		0.00	(7)	0.00
8. Activos depreciables	(8)	252,349.00		(8)	252,349.00
9. Menos: Reserva para depreciación	(9)	252,349.00	0.00	(9)	252,349.00
10. Préstamos por cobrar de accionistas o entidades relacionadas	(10)		0.00	(10)	0.00
11. Terrenos	(11)		0.00	(11)	0.00
12. Otros activos a largo plazo	(12)		0.00	(12)	0.00
13. Total de Activos	(13)		74,562.00	(13)	74,001.00
Pasivos y Capital					
Pasivos					
14. Cuentas a pagar	(14)	0.00		(14)	0.00
15. Gastos incurridos y no pagados	(15)	7,880.00		(15)	8,125.00
16. Otros pasivos corrientes	(16)	0.00		(16)	0.00
17. Obligaciones a pagar a largo plazo	(17)	0.00		(17)	0.00
18. Obligaciones a pagar a accionistas o entidades relacionadas	(18)	120,000.00		(18)	120,000.00
19. Otras obligaciones a largo plazo	(19)	0.00		(19)	0.00
20. Total de Pasivos	(20)		127,880.00	(20)	128,125.00
Capital					
21. Capital en acciones					
(a) Acciones preferidas	(21a)	0.00		(21a)	0.00
(b) Acciones comunes	(21b)	1,000.00		(21b)	1,000.00
22. Sobrante de capital	(22)	95,315.00		(22)	85,574.00
23. Ganancias retenidas	(23)	-149,623.00		(23)	-140,558.00
24. Reserva	(24)	0.00		(24)	0.00
25. Total de Capital	(25)		-53,308.00	(25)	-64,124.00
26. Total Pasivos y Capital	(26)		74,562.00	(26)	74,001.00

Parte VIII Reconciliación del Ingreso Neto (o Pérdida) según Libros con el Ingreso Neto Tributable (o Pérdida) según Planilla

1. Ingreso neto (o pérdida) según libros	(1)	8,925.00	Ingreso registrado en los libros este año no incluido en esta planilla (Detalle, use anejo si es necesario)		
2. Contribución sobre ingresos según libros	(2)	394.00	(a) Ingresos exentos (Anejo IE Corp., Parte II, línea 20)		0.00
3. Exceso de pérdidas de capital sobre ganancias de capital	(3)	0.00	(b) Ingresos excluidos (Anejo IE Corp., Parte I, línea 5)		0.00
4. Ingreso tributable no registrado en los libros este año (Detalle, use anejo si es necesario)			(c) Depreciación		0.00
(a) \$		0.00	(d)		0.00
(b) \$		0.00	(e)		0.00
(c) \$		0.00	(f)		0.00
(d) \$		0.00	(g)		0.00
(e) \$		0.00	(h)		0.00
(f) \$		0.00	(i)		0.00
(g) \$		0.00	(j)		0.00
(h) \$		0.00	(k)		0.00
(i) \$		0.00	(l)		0.00
(j) \$		0.00	(m)		0.00
(k) \$		0.00	(n)		0.00
(l) \$		0.00	(o)		0.00
(m) \$		0.00	(p)		0.00
(n) \$		0.00	(q)		0.00
(o) \$		0.00	(r)		0.00
(p) \$		0.00	(s)		0.00
(q) \$		0.00	(t)		0.00
(r) \$		0.00	(u)		0.00
(s) \$		0.00	(v)		0.00
(t) \$		0.00	(w)		0.00
(u) \$		0.00	(x)		0.00
(v) \$		0.00	(y)		0.00
(w) \$		0.00	(z)		0.00
(x) \$		0.00	(aa)		0.00
(y) \$		0.00	(ab)		0.00
(z) \$		0.00	(ac)		0.00
(aa) \$		0.00	(ad)		0.00
(ab) \$		0.00	(ae)		0.00
(ac) \$		0.00	(af)		0.00
(ad) \$		0.00	(ag)		0.00
(ae) \$		0.00	(ah)		0.00
(af) \$		0.00	(ai)		0.00
(ag) \$		0.00	(aj)		0.00
(ah) \$		0.00	(ak)		0.00
(ai) \$		0.00	(al)		0.00
(aj) \$		0.00	(am)		0.00
(ak) \$		0.00	(an)		0.00
(al) \$		0.00	(ao)		0.00
(am) \$		0.00	(ap)		0.00
(an) \$		0.00	(aq)		0.00
(ao) \$		0.00	(ar)		0.00
(ap) \$		0.00	(as)		0.00
(aq) \$		0.00	(at)		0.00
(ar) \$		0.00	(au)		0.00
(as) \$		0.00	(av)		0.00
(at) \$		0.00	(aw)		0.00
(au) \$		0.00	(ax)		0.00
(av) \$		0.00	(ay)		0.00
(aw) \$		0.00	(az)		0.00
(ax) \$		0.00	(ba)		0.00
(ay) \$		0.00	(bb)		0.00
(az) \$		0.00	(bc)		0.00
(ba) \$		0.00	(bd)		0.00
(bb) \$		0.00	(be)		0.00
(bc) \$		0.00	(bf)		0.00
(bd) \$		0.00	(bg)		0.00
(be) \$		0.00	(bh)		0.00
(bf) \$		0.00	(bi)		0.00
(bg) \$		0.00	(bj)		0.00
(bh) \$		0.00	(bk)		0.00
(bi) \$		0.00	(bl)		0.00
(bj) \$		0.00	(bm)		0.00
(bk) \$		0.00	(bn)		0.00
(bl) \$		0.00	(bo)		0.00
(bm) \$		0.00	(bp)		0.00
(bn) \$		0.00	(bq)		0.00
(bo) \$		0.00	(br)		0.00
(bp) \$		0.00	(bs)		0.00
(bq) \$		0.00	(bt)		0.00
(br) \$		0.00	(bu)		0.00
(bs) \$		0.00	(bv)		0.00
(bt) \$		0.00	(bw)		0.00
(bu) \$		0.00	(bx)		0.00
(bv) \$		0.00	(by)		0.00
(bw) \$		0.00	(bz)		0.00
(bx) \$		0.00	(ca)		0.00
(by) \$		0.00	(cb)		0.00
(bz) \$		0.00	(cc)		0.00
(ca) \$		0.00	(cd)		0.00
(cb) \$		0.00	(ce)		0.00
(cc) \$		0.00	(cf)		0.00
(cd) \$		0.00	(cg)		0.00
(ce) \$		0.00	(ch)		0.00
(cf) \$		0.00	(ci)		0.00
(cg) \$		0.00	(cj)		0.00
(ch) \$		0.00	(ck)		0.00
(ci) \$		0.00	(cl)		0.00
(cj) \$		0.00	(cm)		0.00
(ck) \$		0.00	(cn)		0.00
(cl) \$		0.00	(co)		0.00
(cm) \$		0.00	(cp)		0.00
(cn) \$		0.00	(cq)		0.00
(co) \$		0.00	(cr)		0.00
(cp) \$		0.00	(cs)		0.00
(cq) \$		0.00	(ct)		0.00
(cr) \$		0.00	(cu)		0.00
(cs) \$		0.00	(cv)		0.00
(ct) \$		0.00	(cw)		0.00
(cu) \$		0.00	(cx)		0.00
(cv) \$		0.00	(cy)		0.00
(cw) \$		0.00	(cz)		0.00
(cx) \$		0.00	(da)		0.00
(cy) \$		0.00	(db)		0.00
(cz) \$		0.00	(dc)		0.00
(da) \$		0.00	(dd)		0.00
(db) \$		0.00	(de)		0.00
(dc) \$		0.00	(df)		0.00
(dd) \$		0.00	(dg)		0.00
(de) \$		0.00	(dh)		0.00
(df) \$		0.00	(di)		0.00
(dg) \$		0.00	(dj)		0.00
(dh) \$		0.00	(dk)		0.00
(di) \$		0.00	(dl)		0.00
(dj) \$		0.00	(dm)		0.00
(dk) \$		0.00	(dn)		0.00
(dl) \$		0.00	(do)		0.00
(dm) \$		0.00	(dp)		0.00
(dn) \$		0.00	(dq)		0.00
(do) \$		0.00	(dr)		0.00
(dp) \$		0.00	(ds)		0.00
(dq) \$		0.00	(dt)		0.00
(dr) \$		0.00	(du)		0.00
(ds) \$		0.00	(dv)		0.00
(dt) \$		0.00	(dw)		0.00
(du) \$		0.00	(dx)		0.00
(dv) \$		0.00	(dy)		0.00
(dw) \$		0.00	(dz)		0.00
(dx) \$		0.00	(ea)		0.00
(dy) \$		0.00	(eb)		0.00
(dz) \$		0.00	(ec)		0.00
(ea) \$		0.00	(ed)		0.00
(eb) \$		0.00	(ee)		0.00
(ec) \$		0.00	(ef)		0.00
(ed) \$		0.00	(eg)		0.00
(ee) \$		0.00	(eh)		0.00
(ef) \$		0.00	(ei)		0.00
(eg) \$		0.00	(ej)		0.00
(eh) \$		0.00	(ek)		0.00
(ei) \$		0.00	(el)		0.00
(ej) \$		0.00	(em)		0.00
(ek) \$		0.00	(en)		0.00
(el) \$		0.00	(eo)		0.00
(em) \$		0.00	(ep)		0.00
(en) \$		0.00	(eq)		0.00
(eo) \$		0.00	(er)		0.00
(ep) \$		0.00	(es)		0.00
(eq) \$		0.00	(et)		0.00
(er) \$		0.00	(eu)		0.00
(es) \$		0.00	(ev)		0.00
(et) \$		0.00	(ew)		0.00
(eu) \$		0.00	(ex)		0.00
(ev) \$		0.00	(ey)		0.00
(ew) \$		0.00	(ez)		0.00
(ex) \$		0.00	(fa)		0.00
(ey) \$		0.00	(fb)		0.00
(ez) \$		0.00	(fc)		0.00
(fa) \$		0.00	(fd)		0.00
(fb) \$		0.00	(fe)		0.00
(fc) \$		0.00	(ff)		0.00
(fd) \$		0.00	(fg)		0.00
(fe) \$		0.00	(fh)		0.00
(ff) \$		0.00	(fi)		0.00
(fg) \$		0.00	(fj)		0.00
(fh) \$		0.00	(fk)		0.00
(fi) \$		0.00	(fl)		0.00
(fj) \$		0.00	(fm)		0.00
(fk) \$		0.00	(fn)		0.00
(fl) \$		0.00	(fo)		0.00
(fm) \$		0.00	(fp)		0.00
(fn) \$		0.00	(fq)		0.00
(fo) \$		0.00	(fr)		0.00
(fp) \$		0.00	(fs)		0.00
(fq) \$		0.00	(ft)		0.00
(fr) \$		0.00	(fu)		0.00
(fs) \$		0.00	(fv)		0.00
(ft) \$		0.00	(fw)		0.00
(fu) \$		0.00	(fx)		0.00
(fv) \$		0.00	(fy)		0.00
(fw) \$		0.00	(fz)		0.00
(fx) \$		0.00	(ga)		0.00
(fy) \$		0.00	(gb)		0.00
(fz) \$		0.00	(gc)		0.00
(ga) \$		0.00	(gd)		0.00
(gb) \$		0.00	(ge)		0.00
(gc) \$		0.00	(gf)		0.00
(gd) \$		0.00	(gg)		0.00
(ge) \$		0.00	(gh)		0.00
(gf) \$		0.00	(gi)		0.00
(gg) \$		0.00	(gj)		0.00
(gh) \$		0.00	(gk)		0.00
(gi) \$		0.00	(gl)		0.00
(gj) \$		0.00	(gm)		0.00
(gk) \$		0.00	(gn)		0.00
(gl) \$		0.00	(go)		0.00
(gm) \$		0.00	(gp)		0.00
(gn) \$		0.00	(gq)		0.

Formulas 480.2 Rev. 10.12

1. Balance al comenzar el año	(1)	-149,623	00
2. Ingreso neto según libros	(2)	8,928	00
3. Otros aumentos (Detalle, use anejo si es necesario)			
.....			
.....			
.....	(3)	0	00
4. Total (Sume líneas 1, 2 y 3)	(4)	-140,698	00

10/07/2014	Distribuciones:	(a) Efectivo	(3a)	0	0
		(b) Propiedad	(5b)	0	0
		(c) Acciones	(5c)	0	0
	Otras rebajas (Use anexo si es necesario)				
			(6)	0	0
	7. Total (Suma líneas 5 y 6)		(7)	0	0
	8. Balance al finalizar el año (Línea 4 menos línea 7)		(8)	-140,898	0

Nombre del director	Número de seguro social	Por ciento del tiempo dedicado a industria o negocio	Por ciento de las acciones poseídas		Compensación
			Comunes	Prefeitas	
					0
					0
					0
					0
Total de compensación a directores (Traslade a la Parte VI, línea 1)					0

Total de compensación a directores (Traslado a la Parte VI, línea 1)

[illegible]

Total de compensación a oficiales (Traslade a la Parte VI, línea 2)

1. Si es una corporación extranjera, indique si la industria o negocio operó como sucursal	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. Si es una sucursal, indique el por ciento que representa el ingreso de fuentes de Puerto Rico del total de ingreso de la corporación	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Mantuvo la corporación durante este año parte de sus récords en un sistema computarizado?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. Los libros de la corporación están a cargo de:	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre	LA CORPORACION		
Dirección	C/O CORPORACION		
Correo electrónico (E-mail)	apmr122@gmail.com		
Teléfono	787-240-4286		
5. Indique el método de contabilidad utilizado en los libros para propósitos contributivos:	1 <input checked="" type="checkbox"/> Recibido y Pagado 2 <input type="checkbox"/> Acumulación		
3 <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
6. ¿Rindió la corporación los siguientes documentos?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(a) Declaración informativa (Formularios 480.6A, 480.6B, 480.6C)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(b) Comprobante de Relación (Formulario 499R-2/NV-2PR)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
7. Si el ingreso bruto de la entidad o del grupo controlado excede de \$3,000,000, ¿Sometió estados financieros auditados por un CPA con licencia de Puerto Rico?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
8. Número de empleados durante el año:	7		
9. ¿Reclamó la corporación gastos relacionados con la titularidad, uso, mantenimiento y depreciación de:	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(a) Automóviles	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(b) Embarcaciones?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(1) ¿Derivó más del 80% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la pesca o transportación de pasajeros o de carga o arrendamiento?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(c) Aeronaves?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(1) ¿Derivó más del 80% de la totalidad de los ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la transportación de pasajeros o de carga o arrendamiento?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(d) Propiedad residencial fuera de Puerto Rico?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(1) ¿Derivó más del 80% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con el alquiler de propiedades a personas no relacionadas?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
10. ¿Reclamó la corporación gastos relacionados con:	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(a) Alojamiento? (excepto empleados del negocio)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(b) Empleados que asistieron a convenciones fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
11. Distribuyó la corporación, durante el año contributivo, dividendos que no fueran en acciones o en liquidación en exceso de la ganancia corriente y acumulada? Si contestó "SI", indique la cantidad \$	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
12. ¿Es la corporación socio de una sociedad especial o sociedad? (Si es más de una, someta detalle)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombre de la Sociedad Especial o Sociedad			
Número de identificación patronal			
13. ¿Recibió ingresos exentos? (Sometá Anexo 1 a la Corporación)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
14. Anote la cantidad correspondiente de dividendos y participaciones de la cantidad incluida en la Parte VI, línea 50	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
15. Indique si pagó primas a aseguradores no autorizados	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
16. Número de patrono otorgado por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos:	3721670006		
17. Número de accionistas:	1		
(a) ¿Es alguno de los accionistas de la corporación un individuo no residente o corporación extranjera?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(1) Indique el por ciento de participación del total de accionistas no residentes o corporaciones extranjeras	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(2) Indique el país de procedencia del accionista extranjero	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
18. ¿Incursió o pagó gastos a accionistas, personas o entidades relacionadas fuera de Puerto Rico?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(a) ¿Obluvo determinación administrativa para tener derecho a la totalidad de la deducción?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
19. ¿Reclamó la corporación gastos relacionados con servicios provistos por no residentes de Puerto Rico?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(a) ¿Pagó el impuesto sobre ventas y uso correspondiente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
20. ¿Reclamó la corporación gastos de depreciación por propiedad mueble tangible adquirida fuera de Puerto Rico?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(a) ¿Pagó el impuesto sobre ventas y uso correspondientes?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
21. ¿Pagó la corporación dividendo implícito durante el año anterior? Si contestó "SI", indique la cantidad \$	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Período de Conservación: Diez (10) años

Anejo A Corporación		CONTRIBUCIÓN ALTERNATIVA MINIMA		2017	
Rev 10-17		Año contributivo comenzado el 01 de 03 de 2017 y terminado el 28 de 02 de 2018			
Nombre del contribuyente Advance Pain Management Rehabilitation Institute Inc				Número de Identificación Patronal 98-0420166	
Parte I Ajustes en el Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes en los Libros y Pérdidas de Operaciones					
1.	a. Ingreso neto (o pérdida) sujeto a contribución normal (De la Parte I, línea 31 de la planilla)	(1a)	9,319.00		
	b. Menos: Ingresos sujetos a tasas preferenciales que haya optado por tributar a la tasa preferencial correspondiente (Anejo D1 Corporación, línea 3)	(1b)	0.00		
	c. Menos: Dividendos o beneficios recibidos de corporaciones domésticas (De la Parte III, línea 34 de la planilla)	(1c)	0.00		
	d. Ingreso neto (o pérdida) sujeto a contribución normal sin considerar la pérdida neta en operaciones de años anteriores y excluyendo los ingresos sujetos a tasas preferenciales que haya optado por tributar a la tasa preferencial correspondiente (Línea 1(a) menos líneas 1(b) y 1(c))	(1d)	9,319.00		
2.	Ajustes:				
	a. Depreciación flexible	(2a)	0.00		
	b. Ventas a plazos	(2b)	0.00		
	c. Contrato a largo plazo	(2c)	0.00		
	d. Gastos relacionados con intereses exentos	(2d)	0.00		
	e. Depreciación acelerada	(2e)	0.00		
	f. Total de ajustes (Suma líneas 2(a) a la 2(e))	(2)	0.00		
3.	Ingreso neto (o pérdida) alternativo mínimo antes de ajustes de la Parte II, la pérdida de operaciones (Suma líneas 1(d) y 2(f))	(3)	9,319.00		
Parte II Ajuste por el Exceso del Ingreso Neto Ajustado según Libros sobre el Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes					
4.	Ingreso neto (o pérdida) según libros	(4)	8,925.00		
5.	Ajuste por amortización de plusvalía	(5)	0.00		
6.	Contribuciones sobre ingresos consideradas en los libros	(6)	394.00		
7.	Suma líneas 4, 5 y 6	(7)	9,319.00		
8.	Ingreso de intereses exentos neto de gastos relacionados	(8)	0.00		
9.	Dividendos y distribuciones de beneficios recibidos de corporaciones o sociedades domésticas, de ingresos de fomento industrial o de desarrollo turístico	(9)	0.00		
10.	Ingreso (o pérdida) de fomento industrial, ingreso exento de desarrollo turístico, ingreso de negocio agrícola bona fide o ingreso de renta bajo la Ley 132-2010	(10)	0.00		
11.	Ingreso (o pérdida) reconocido según el método de equidad	(11)	0.00		
12.	Reserva para pérdidas catastróficas	(12)	0.00		
13.	Ingresos sujetos a tasas preferenciales que haya optado por tributar a la tasa preferencial correspondiente (De la Parte I, línea 1(b)) (Véanse instrucciones)	(13)	0.00		
14.	Suma líneas 8 a la 13	(14)	0.00		
15.	Línea 7 menos línea 14	(15)	9,319.00		
16.	Línea 15 menos línea 3. Si la línea 3 es mayor que la línea 15, anote cero	(16)	0.00		
17.	Ajuste por el exceso del ingreso neto ajustado según libros sobre el ingreso neto alternativo mínimo de la línea 3 (Multiplique la línea 16 por 60%)	(17)	0.00		
Parte III Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo					
18.	Ingreso neto alternativo mínimo antes de pérdida neta en operaciones (Suma líneas 3 y 17)	(18)	9,319.00		
19.	Pérdida neta en operaciones de años anteriores para la determinación de la contribución alternativa mínima (No puede exceder del 70% de la línea 18) (Del Anejo G Corporación, Parte II, línea 13. Suma el Anejo G Corporación) (Véanse instrucciones)	(19)	0.00		
20.	Línea 18 menos línea 19 (Anote aquí la diferencia, pero no menos del 30% de la línea 18)	(20)	9,319.00		
21.	Cantidad exenta (Véanse instrucciones)	(21)	50,000.00		
22.	Ingreso neto alternativo mínimo (Línea 20 menos línea 21)	(22)	0.00		
Parte IV Cómputo del Crédito Alternativo Mínimo por Contribuciones Pagadas al Extranjero					
23.	Contribución mínima tentativa antes del crédito por contribuciones pagadas al extranjero (Multiplique la línea 22 por 30%)	(23)	0.00		
24.	Ingreso neto alternativo mínimo antes de la deducción por pérdida neta en operaciones (Línea 18)	(24)	9,319.00		
25.	Cantidad exenta permisible sin considerar la pérdida neta en operaciones (Véanse instrucciones)	(25)	50,000.00		
26.	Línea 24 menos línea 25	(26)	0.00		
27.	Multiplique la línea 26 por 30%	(27)	0.00		
28.	Multiplique la línea 27 por 10%	(28)	0.00		
29.	Límite del crédito (Línea 23 menos línea 28)	(29)	0.00		
30.	Crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Esta cantidad no podrá exceder la cantidad en la línea 29. Véanse instrucciones)	(30)	0.00		

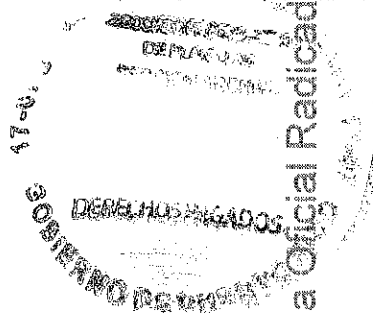
Período de Contribución: Diez (10) años

Rev. 10.17.4

Parte V			
Cómputo de la Contribución Alternativa Mínima			
31. Contribución mínima tentativa después del crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 23 menos línea 30 de la Parte IV)	(31)		0.00
32. Contribución total neta del crédito por contribuciones pagadas a países extranjeros, los Estados Unidos, sus territorios y posesiones (Línea 40 menos línea 43 de la Parte IV, página 2 de la planilla)	(32)	373	00
33. Contribución alternativa mínima (Línea 31 menos línea 32. Si la línea 32 excede la línea 31, anote cero, de lo contrario, anote la diferencia en el Formulario 480 2, página 2, Parte IV, línea 45)	(33)	0	00
Parte VI			
Cómputo del Crédito de Contribución Alternativa Mínima			
1. Exceso de la contribución regular sobre la contribución alternativa mínima para el año corriente (Línea 32 menos línea 31 de la Parte V. Si la línea 31 excede la línea 32, anote cero)	(1)	373	00
2. Multiplique la línea 1 por 25% y anote el resultado aquí	(2)	93	00
3. Cantidad de contribución alternativa mínima pagada en años anteriores y no reclamada como crédito (Parte VII, línea 11)	(3)	0	00
4. Cantidad del crédito a reclamar (Anote lo menor entre la línea 2 o 3. Traslade a la línea 48, Parte IV de la planilla)	(4)	0	00
Parte VII			
Determinación de la Cantidad de Contribución Alternativa Mínima Pagada en Años Anteriores No Reclamada como Crédito			
Año Contributivo (Día / Mes / Año)	(A) Contribución Alternativa Mínima Pagada en Exceso de la Contribución Regular	(B) Cantidad Utilizada como Crédito en Años Anteriores	Balance
1.	0.00	0.00	0.00
2.	0.00	0.00	0.00
3.	0.00	0.00	0.00
4.	0.00	0.00	0.00
5.	0.00	0.00	0.00
6.	0.00	0.00	0.00
7.	0.00	0.00	0.00
8.	0.00	0.00	0.00
9.	0.00	0.00	0.00
10.	0.00	0.00	0.00
11. Total (Traslade a la Parte VI, línea 3 de este Anejo)		(11)	0.00

Período de Conservación: Diez (10) años

COQUINTERACTIVE (www.iributa.org) 2017



Anejo B Corporación

Rev. 10/17

RECOBRO DE CRÉDITOS RECLAMADOS EN EXCESO,
CRÉDITOS CONTRIBUTIVOS, Y
OTROS PAGOS Y RETENCIONES

Año contributivo comenzado el 01 de 03 de 2017 y terminado el 28 de 02 de 2018

2017

04/12/2018

Nombre del contribuyente

Advance Path Management Rehabilitation Institute Inc

Número de identificación Patronal

95-0420166

Parte I

Recobro de Crédito Reclamado en Exceso

Nombre de la entidad:

Núm. de identificación patronal:

Crédito por:

	Columna A	Columna B	Columna C
Desarrollo Turístico	1	1	1
Desperdicios Sólidos	2	2	2
Fondo de Capital de Inversión	3	3	3
Districto Teatral de Santurce	4	4	4
Desarrollo Industria Filmica	5	5	5
Infraestructura de Vivienda	6	6	6
Construcción o Rehabilitación de Vivienda para Alquiler a Familias de Ingresos Bajos o Moderados	7	7	7
Adquisición de un Negocio Exento en Proceso de Cerrar Operaciones en Puerto Rico	8	8	8
Servidumbre de Conservación	9	9	9
Incentivos Económicos (Investigación y Desarrollo)	10	10	10
Incentivos Económicos (Proyectos Estratégicos)	11	11	11
Incentivos Económicos (Inversión Industrial)	12	12	12
Incentivos Energía Verde (Investigación y Desarrollo)	13	13	13
Otra:	14	14	14

1. Total de crédito reclamado en exceso

2. Recobro de crédito reclamado en exceso pagado en el año anterior, si aplica

3. Recobro de crédito reclamado en exceso a pagar este año (Traslade al Formulario 480.2, Parte IV, línea 47. Véanse instrucciones)

4. Exceso de crédito adeudado para el próximo año, si aplica (Línea 1 menos líneas 2 y 3. Véanse instrucciones)

Parte II

Créditos Contributivos (No incluya pagos de estimada. Refiérase a la Parte III de este Anejo)

A. CRÉDITOS SUJETOS A MORATORIA

1. Crédito atribuible a pérdidas o por inversión en el Fondo de Capital de Inversión (Véanse instrucciones)

2. Crédito por inversión en infraestructura de vivienda (Ley 98-2001, según enmendada) (Véanse instrucciones)

3. Crédito por inversión en la construcción o rehabilitación de vivienda para alquiler a familias de ingresos bajos o moderados (Ley 140-2001) (Véanse instrucciones)

4. Crédito por inversión en construcción en centros urbanos (Ley 212-2002, según enmendada) (Véanse instrucciones)

5. Crédito para comerciantes afectados por la revitalización de los cascos urbanos (Ley 212-2002, según enmendada) (Véanse inst.)

6. Crédito por compras de productos manufacturados en Puerto Rico y del Agro Puertorriqueño (Someta Anejo B1 Corporación)

7. Crédito por constitución de servidumbre de conservación elegible o donación de terreno elegible (Ley 183-2001, según enmendada) (Véanse instrucciones)

8. Crédito por compra de créditos contributivos (Complete Parte IV) (Véanse instrucciones)

9. Créditos arrastrados de años anteriores (Someta detalle)

10. Otros créditos no incluidos en las líneas anteriores (Someta detalle) (Véanse instrucciones)

11. Total de créditos sujetos a moratoria (Suma líneas 1 a la 10)

12. 50% de la contribución determinada (Multiplique la cantidad de la Parte IV, línea 46 menos línea 48 de la planilla por .50)

13. Total de créditos sujetos a moratoria reclamables (Anote la menor de las líneas 11 o 12)

B. CRÉDITOS NO SUJETOS A MORATORIA

14. Crédito por pago de inversión (Véanse instrucciones)

15. Crédito por inversión en desarrollo industria filmica (Ley 27-2011): 1 Proyecto Filmico y/o 2 Proyecto Infraestructura: o 3 Crédito por compra o transmisión de programación televisiva realizada en P.R. (Sección 1051-04) (Véanse instrucciones)

16. Créditos por inversiones que adquirieran un negocio exento que esté por cerrar operaciones en P.R. (Ley 109-2001) (Véanse instrucciones)

17. Crédito por donativos a: 1 Patronato del Palacio de Santa Catalina y/o 2 Patronato del Capitolio Estatal de la Asamblea Legislativa (Véanse inst.)

18. Crédito por inversión Ley 73-2008 (Véanse instrucciones)

19. Créditos por inversión Ley 83-2010 (Véanse instrucciones)

20. Crédito por la compra de créditos contributivos (Complete Parte IV) (Véanse instrucciones)

21. Créditos arrastrados de años anteriores (Someta detalle)

22. Otros créditos no incluidos en las líneas anteriores (Someta detalle) (Véanse instrucciones)

23. Total de créditos no sujetos a moratoria a reclamarse (Suma líneas 14 a la 22)

24. Total de créditos contributivos (Suma líneas 13 y 23)

25. Total contribución determinada (Línea 46 menos línea 48, Parte IV de la planilla)

26. Crédito a ser reclamado (A note la menor de la línea 24 o 25. Traslade a la página 2, Parte IV, línea 49 de la planilla)

27. Créditos arrastrables (Suma líneas 11 y 23 y reste la línea 26)

Parte III Otros Pagos y Retenciones			
1. Contribución pagada con prórroga automática	(1)	0.00	
2. Pagos de contribución estimada del año 2017	(2)	0.00	
3. Pago con planilla original (Véanse instrucciones)	(3)	0.00	
4. Contribución pagada en exceso en años anteriores acreditada a la contribución estimada (Véanse instrucciones)	(4)	0.00	
5. Contribución retenida en el origen a no residentes (Formulario 480.6C) Total de Declaraciones Informativas	(5)	0.00	
6. Contribución retenida en el origen sobre pagos por servicios prestados (Formulario 480.6B) (Total de Declaraciones Informativas)	(6)	97.00	
7. Contribución retenida en el origen sobre la participación distributable a socios de entidades con derecho (Formulario 480.6E) (Véanse instrucciones):			
(a) El ingreso de intereses sujetos a tasa preferencial (Línea 10, Parte III del Formulario 480.6E)	(7a)	0.00	
(b) La distribución elegible de dividendos de corporaciones (Línea 8, Parte III del Formulario 480.6E)	(7b)	0.00	
(c) Otras partidas	(7c)	0.00	0.00
8. Contribución retenida en el origen sobre la participación distributable a fideicomitentes de fideicomisos revocables o fideicomisos para beneficio del fideicomitente (Formulario 480.6F) (Véanse instrucciones):			
(a) El ingreso de intereses sujetos a tasa preferencial (Línea 1E, Parte III del Formulario 480.6F)	(8a)	0.00	
(b) La distribución elegible de dividendos de corporaciones (Línea 11, Parte III del Formulario 480.6F)	(8b)	0.00	
(c) Otras partidas	(8c)	0.00	0.00
9. Contribución retenida en el origen sobre intereses elegibles	(9)	0.00	
10. Otros pagos y retenciones no incluidos en las líneas anteriores (Someta detalle)	(10)	0.00	
11. Total Otros Pagos y Retenciones (Sumé líneas 1 a la 10. Traslade el total al Formulario 480.2, Parte IV, línea 54)	(11)	97.00	

Parte IV Detalle de Compra de Créditos Contributivos			
Marque el bloque correspondiente a la ley (o leyes) bajo la cual adquirió el crédito e indique la cantidad del mismo:			
A. CRÉDITOS SUJETOS A MORATORIA			
1. <input type="checkbox"/> Desperdicios Sólidos (Ley 159-2011)	(1)	0.00	
2. <input type="checkbox"/> Fondo de Capital de Inversión (Ley 46-2006)	(2)	0.00	
3. <input type="checkbox"/> Distrito Central de Santurce (Ley 178-2000)	(3)	0.00	
4. <input type="checkbox"/> Infraestructura de Vivienda (Ley 98-2001)	(4)	0.00	
5. <input type="checkbox"/> Construcción o Rehabilitación de Vivienda para Alquiler a Familias de Ingresos Bajos o Moderados (Ley 140-2001)	(5)	0.00	
6. <input type="checkbox"/> Servidumbre de Conservación (Ley 185-2001)	(6)	0.00	
7. <input type="checkbox"/> Revitalización de los Centros Urbanos (Ley 212-2002)	(7)	0.00	
8. <input type="checkbox"/> Otro: 0 (Someta detalle)	(8)	0.00	
9. Total de crédito por la compra de créditos contributivos sujetos a moratoria (Traslade a la Parte II, línea 8)	(9)	0.00	
B. CRÉDITOS NO SUJETOS A MORATORIA			
10. <input type="checkbox"/> Desarrollo Turístico (Ley 78-1993)	(10)	0.00	
11. <input type="checkbox"/> Desarrollo de Industria Filmica (Ley 27-2011)	(11)	0.00	
12. <input type="checkbox"/> Adquisición de un Negocio Exento en Proceso de Cerrar Operaciones en Puerto Rico (Ley 109-2001)	(12)	0.00	
13. <input type="checkbox"/> Incentivos Económicos (Investigación y Desarrollo) (Ley 73-2008)	(13)	0.00	
14. <input type="checkbox"/> Incentivos Económicos (Proyectos Estratégicos) (Ley 73-2008)	(14)	0.00	
15. <input type="checkbox"/> Incentivos Económicos (Inversión Industrial) (Ley 73-2008)	(15)	0.00	
16. <input type="checkbox"/> Incentivos Energía Verde (Investigación y Desarrollo) (Ley 83-2010)	(16)	0.00	
17. <input type="checkbox"/> Otro: 0 (Someta detalle)	(17)	0.00	
18. Total de crédito por la compra de créditos contributivos no sujetos a moratoria (Traslade a la Parte II, línea 20)	(18)	0.00	

Período de Conservación: Diez (10) años

Copia Oficial Radcada

Copia Oficial Radcada

Copia Oficial Radcada

Anejo G Corporación Rev. 10.17		DETALLE DE PÉRDIDAS NETAS EN OPERACIONES INCURRIDAS EN AÑOS ANTERIORES				2017	
Año contributivo comenzado el 01 de 03 de 2017 y terminado el 28 de 02 de 2018							
Nombre del contribuyente Advance Path Management Rehabilitation Institute Inc						Número de Identificación Patronal 98-0420166	
Parte I Detalle de las Pérdidas Netas en Operaciones para Propósitos de la Contribución Regular							
Año en el cual se incurrió la pérdida (Día / Mes / Año)	(A) Pérdida incurrida según planilla	(B) Ajustes bajo la Sección 1033.14 (Véanse instrucciones)	(C) Total de pérdida arrastrable (Columna A menos Columna B)	(D) Cantidad utilizada en años anteriores	(E) Cantidad disponible (Columna C menos Columna D)	Fecha de expiración (Día / Mes / Año)	
1 28/02/2011	93,074 00	0 00	93,074 00	0 00	93,074 00	02/28/2023	
2 02/28/2014	25,382 00	0 00	25,382 00	0 00	25,382 00	02/28/2024	
3 02/28/2015	15,078 00	0 00	15,078 00	0 00	15,078 00	02/28/2025	
4 02/28/2016	11,816 00	0 00	11,816 00	0 00	11,816 00	02/28/2026	
5	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
6	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
7	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
8	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
9	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
10	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
11	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
12	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
13. Total (Traslade el total de la Columna E a la línea 32, Parte II de la planilla) ... (13)	145,350 00	0 00	145,350 00	0 00	145,350 00		
Parte II Detalle de las Pérdidas Netas en Operaciones para Propósitos de la Contribución Alternativa Mínima							
Año en el cual se incurrió la pérdida (Día / Mes / Año)	(A) Pérdida incurrida según planilla	(B) Ajustes bajo la Sección 1033.14 (Véanse instrucciones)	(C) Total de pérdida arrastrable (Columna A menos Columna B)	(D) Cantidad utilizada en años anteriores	(E) Cantidad disponible (Columna C menos Columna D)	Fecha de expiración (Día / Mes / Año)	
1	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
2	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
3	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
4	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
5	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
6	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
7	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
8	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
9	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
10	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
11	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
12	00 00	0 00	00 00	0 00	00 00		
13. Total (Traslade el total de la Columna E al Anejo A Corporación, Parte III, línea 19) ... (13)	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00		

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Anejo T Corporación Rev. 10.17		ADICIÓN A LA CONTRIBUCIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA CONTRIBUCIÓN ESTIMADA DE CORPORACIONES				2017		
Año contributivo comenzado el 01 de 03 de 2017 y terminado el 28 de 02 de 2018		Número de Identificación Patronal 98-0420186						
Nombre del contribuyente Advance Pain Management Rehabilitation Institute Inc								
Parte I Determinación de la Cantidad Mínima a Pagar de Contribución Estimada								
1. Responsabilidad contributiva (Sume líneas 42, 45 y 47 de la Parte IV de la página 2 de la planilla).....		(1)			373		00	
2. Créditos y pagos en exceso (Véanse instrucciones).....		(2)			97		00	
3. Contribución estimada (Reste línea 2 de la línea 1. Si es cero o menos, no tiene que completar este Anejo).....		(3)			276		00	
4. Línea 1 por 90%.....		(4)			336		00	
5. Total contribución determinada según surge de la planilla de contribución sobre Ingresos del año anterior (Véanse instrucciones).....		(5)			0		00	
6. Anote la menor entre las líneas 4 y 5.....		(6)			336		00	
7. Reste línea 2 de la línea 6 (Si es menos de cero, anote cero). Esta es la cantidad mínima de contribución estimada que debió pagar.....		(7)			239		00	
Parte II Adición a la Contribución por Falta de Pago								
Sección A - Falta de Pago		Fecha de vencimiento						
		(a)	(b)	(c)	(d)			
1. <input type="checkbox"/> AÑO NATURAL.....		Primer Plazo						
2. <input checked="" type="checkbox"/> AÑO ECONOMICO (Indique las fechas correspondientes).....		04/15/2017						
		Segundo Plazo						
		08/15/2017						
		Tercer Plazo						
		09/15/2017						
		Cuarto Plazo						
		01/15/2018						
8. Cantidad de contribución estimada por plazo (Véanse instrucciones).....		(8)	59	00	59	00	59	00
9. Cantidad de contribución estimada pagada por plazos (Véanse instrucciones).....		(9)	0	00	0	00	0	00
10. Fecha de pago (Véanse instrucciones).....		(10)						
11. Línea 17 de la columna anterior.....		(11)	0					
12. Sume líneas 9 y 11.....		(12)	0					
13. Reste línea 8 de línea 12 (Si es menor de cero, anote cero).....		(13)	0					
14. Falta de Pago (Si la línea 13 es cero, reste línea 12 de línea 8, de otro modo, anote cero).....		(14)	59					
15. Sume las líneas 14 y 16 de la columna anterior.....		(15)	59					
16. Si línea 15 es igual o mayor que línea 13, reste línea 13 de línea 15 y continúe en línea 11 de próxima columna. De otro modo, continúe en línea 17.....		(16)	69					
17. Sobrepago (Si línea 13 es mayor que línea 15, reste línea 15 de línea 13, y continúe en la línea 11 de próxima columna. De otro modo, anote cero).....		(17)	0					
Sección B - Penalidad								
18. Multiplique línea 14 por 10%.....		(18)	5					
19. Si la fecha indicada en la línea 10 para cualquier plazo es posterior a su vencimiento y: • la línea 18 es cero, multiplique el resultado de línea 8 menos línea 17 de la columna anterior por 10%; o • la línea 18 es mayor de cero, multiplique el resultado de línea 8 menos línea 17 de la columna anterior por 10% y reste la cantidad reflejada en la línea 18. (Véanse instrucciones).....		(19)	0					
20. Sume las líneas 18 y 19.....		(20)	5					
21. Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Sume las cantidades de las columnas de la línea 20. Traslade a la línea 57 de la Parte IV de la página 2 de la planilla).....		(21)	21					

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Formulario 480.6A

Form
Rev. 10.17

AÑO CONTRIBUTIVO:
TAXABLE YEAR: 2017

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
DECLARACIÓN INFORMATIVA - INGRESOS NO SUJETOS A RETENCIÓN
INFORMATIVE RETURN - INCOME NOT SUBJECT TO WITHHOLDING

☐ Enmendada - Amended: ()

W941887

Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

INFORMACIÓN DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION

Número de Identificación Patronal - Employer Identification Number
66-0888800

Nombre y Dirección Postal - Name and Mailing Address

MMM HEALTHCARE LLC
TORRE CHARDON
380 CHARDON AVE STE 500
SAN JUAN PR 00918

INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE EL PAGO - PAYEE'S INFORMATION

Número de Seguro Social o Identificación Patronal - Social Security or Employer Identification Number
98042-0186

Nombre y Dirección Postal - Name and Mailing Address

ADVANCE PAIN MANAGEMENT & REHA
URB SANTA CRUZ
E-22 CALLE SANTA CRUZ
BAYAMÓN PR 00961

Número de Cuenta Bancaria - Bank Account Number

Razones para el Cambio - Reasons for the Change

Número Control - Control Number
006271320

Número Control Informativa Original
Control No. Original Informative Return

FECHA DE RADICACIÓN: 28 DE FEBRERO, VEA INSTRUCCIONES
FILING DATE: FEBRUARY 28, SEE INSTRUCTIONS

Clase de Ingreso Type of Income	Cantidad Pagada Amount Paid
1. Pagos por Servicios Prestados por Individuos (Vea Instrucciones) Payments for Services Rendered by Individuals (See Instructions)	0.00
2. Pagos por Servicios Prestados por Corporaciones y Sociedades (Vea Inst.) Payments for Services Rendered by Corporations and Partnerships (See Inst.)	1,484.72
3. Comisiones y Honorarios Commissions and Fees	0.00
4. Rentas Rents	0.00
5. Intereses bajo la Sección 1823.04 (excepto IRA y Cuenta de Aportación Educativa) Interest under Section 1823.04 (except IRA and Educational Contribution Account)	0.00
6. Intereses bajo la Sección 1823.05(b) Interest under Section 1823.05(b)	0.00
7. Dividendos (Vea Instrucciones) Dividends (See Instructions)	0.00
8. Dividendos de Ganancia de Capital bajo la Sección 1112.01(c)(3) (Vea Instrucciones) Capital Gain Distributions under Section 1112.01(c)(3) (See Instructions)	0.00
9. Condición de Deuda Debt Discharge	0.00
10. Otros Pagos Other Payments	0.00
11. Récibo Bruto (Vea Instrucciones) Gross Proceeds (See Instructions)	0.00

Envíe electrónicamente al Departamento de Hacienda. Entregue dos copias a quien recibe el pago. Conserve copia para sus récords. - Send to Department of the Treasury electronically. Deliver two copies to payee. Keep copy for your records.

Reproducido por EVERTEC Group, LLC

Formulario 480.6A

Form
Rev. 10.17

AÑO CONTRIBUTIVO:
TAXABLE YEAR: 2017

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
DECLARACIÓN INFORMATIVA - INGRESOS NO SUJETOS A RETENCIÓN
INFORMATIVE RETURN - INCOME NOT SUBJECT TO WITHHOLDING

☐ Enmendada - Amended: ()

W941387

Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

INFORMACIÓN DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION

Número de Identificación Patronal - Employer Identification Number
66-0888800

Nombre y Dirección Postal - Name and Mailing Address

MMM HEALTHCARE LLC
TORRE CHARDON
380 CHARDON AVE STE 500
SAN JUAN PR 00918

INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE EL PAGO - PAYEE'S INFORMATION

Número de Seguro Social o Identificación Patronal - Social Security or Employer Identification Number
98042-0186

Nombre y Dirección Postal - Name and Mailing Address

ADVANCE PAIN MANAGEMENT & REHA
URB SANTA CRUZ
E-22 CALLE SANTA CRUZ
BAYAMÓN PR 00961

Número de Cuenta Bancaria - Bank Account Number

Razones para el Cambio - Reasons for the Change

Número Control - Control Number
006271320

Número Control Informativa Original
Control No. Original Informative Return

FECHA DE RADICACIÓN: 28 DE FEBRERO, VEA INSTRUCCIONES
FILING DATE: FEBRUARY 28, SEE INSTRUCTIONS

Clase de Ingreso Type of Income	Cantidad Pagada Amount Paid
1. Pagos por Servicios Prestados por Individuos (Vea Instrucciones) Payments for Services Rendered by Individuals (See Instructions)	0.00
2. Pagos por Servicios Prestados por Corporaciones y Sociedades (Vea Inst.) Payments for Services Rendered by Corporations and Partnerships (See Inst.)	1,484.72
3. Comisiones y Honorarios Commissions and Fees	0.00
4. Rentas Rents	0.00
5. Intereses bajo la Sección 1823.04 (excepto IRA y Cuenta de Aportación Educativa) Interest under Section 1823.04 (except IRA and Educational Contribution Account)	0.00
6. Intereses bajo la Sección 1823.05(b) Interest under Section 1823.05(b)	0.00
7. Dividendos (Vea Instrucciones) Dividends (See Instructions)	0.00
8. Dividendos de Ganancia de Capital bajo la Sección 1112.01(c)(3) (Vea Instrucciones) Capital Gain Distributions under Section 1112.01(c)(3) (See Instructions)	0.00
9. Condición de Deuda Debt Discharge	0.00
10. Otros Pagos Other Payments	0.00
11. Récibo Bruto (Vea Instrucciones) Gross Proceeds (See Instructions)	0.00

Envíe electrónicamente al Departamento de Hacienda. Entregue dos copias a quien recibe el pago. Conserve copia para sus récords. - Send to Department of the Treasury electronically. Deliver two copies to payee. Keep copy for your records.

Reproducido por EVERTEC Group, LLC

Formulario 480.6A
Form
Rev. 10.17

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
DECLARACIÓN INFORMATIVA - INGRESOS NO SUJETOS A RETENCIÓN
INFORMATIVE RETURN - INCOME NOT SUBJECT TO WITHHOLDING

WB22492

AÑO CONTRIBUTIVO:
TAXABLE YEAR: 2017

☐ Enmendado - Amended: ()

Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

INFORMACIÓN DEL PAGADOR (PAYER'S INFORMATION)		Código de Ingreso Type of Income	Cantidad Pagada Amount Paid
Número de Identificación Patronal - Employer Identification Number 66-0539075			
Nombre - Name Renier Méndez De Guzmán			
Dirección - Address Urb. Santa Cruz E-22 Calle Santa Cruz Bayamón, PR 00959 Código Postal - Zip Code			
INFORMACIÓN DE QUIÉN RECIBE EL PAGO (PAYEE'S INFORMATION)			
Número de Seguro Social o Identificación Patronal - Social Security or Employer Identification Number 98-0420166			
Nombre - Name Advance Pain Management Rehabilitation Institute,			
Dirección - Address Urb. Santa Cruz E-22 Calle Santa Cruz Bayamón, PR 00961-6911 Código Postal - Zip Code			
Número de Cuenta Bancaria Bank Account Number			
Razones para el Cambio - Reasons for the Change			
Número Control - Control Number 000830554	Número Control Informativa Original Control No. Original Informative Return		
		1. Pagos por Servicios Prestados por Individuos (Vea Instrucciones) Payments for Services Rendered by Individuals (See Instructions)	0.00
		2. Pagos por Servicios Prestados por Corporaciones y Sociedades (Vea Inst.) Payments for Services Rendered by Corporations and Partnerships (See Inst.)	210,000.00
		3. Comisiones y Honorarios Commissions and Fees	0.00
		4. Rentas Rents	0.00
		5. Intereses bajo Sección 1023.04 (excepto IRA y Cuenta de Ahorro Educativa) Interest under Section 1023.04 (except IRA and Educational Savings Account)	0.00
		6. Intereses bajo Sección 1023.05(b) Interest under Section 1023.05(b)	0.00
		7. Dividendos (Vea Instrucciones) Dividends (See Instructions)	0.00
		8. Dividendos de Ganancia de Capital bajo la Sección 112.01(c)(3) (Vea Instrucciones) Capital Gain Dividends under Section 112.01(c)(3) (See Instructions)	0.00
		9. Condonación de Deuda Debt Discharge	0.00
		10. Otros Pagos Other Payments	0.00
		11. Rápido Bruto (Vea Instrucciones) Gross Proceeds (See Instructions)	0.00

FECHA DE RADICACIÓN: 28 DE FEBRERO, VEA INSTRUCCIONES
FILING DATE: FEBRUARY 28, SEE INSTRUCTIONS

Envíe electrónicamente al Departamento de Hacienda. Entregue dos copias a quien recibe el pago. Conserve copia para sus récords.
Send to Department of the Treasury electronically. Deliver two copies to payee. Keep copy for your records.

PA-501, Inc. • (787) 892-2258 • www.pasoft.com

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/2018

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/2018

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/2018, impresa por RGR153,



Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/20181, impresa por RGR1153, 10/07/2019

Formulario 480.6A Form Rev. 10-17		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO Departamento de Hacienda - Department of the Treasury DECLARACIÓN DE INGRESOS - INGRESOS DE LOS SUJETOS A RENTACIÓN INFORMACIÓN DE INGRESOS - INFORMATION OF INCOME		W835491	
Año de referencia: 2017 TRIPLE S VINTS		<input type="checkbox"/> Comendado - Annulad		Ministro de Hacienda de Puerto Rico Minister of the Treasury of Puerto Rico	
Número de identificación personal: 66-0650987		1. Pagar por servicios prestados por individuos (Por contribuciones) Pagados por servicios prestados por individuos (Por contribuciones)		<input type="checkbox"/>	0.00
Nombre: Triple S Advantage Domicilio: PO BOX 383628		2. Pagar por servicios prestados por corporaciones y socios (Por rentas) Pagados por servicios prestados por corporaciones y socios (Por rentas)		<input type="checkbox"/>	576.63
SAN JUAN, PR 00830-3628		3. Contribuciones y beneficios Contributions and benefits		<input type="checkbox"/>	0.00
Código postal: 00830-3628		4. Renta Rent		<input type="checkbox"/>	0.00
Número de identificación personal: 08-0420166		5. Ingresos bajo la Ley 103-01 (excepto IRA y cuentas de jubilación) Ingresos bajo la Ley 103-01 (excepto IRA and Retirement Accounts)		<input type="checkbox"/>	0.00
Nombre: Advance Pain Manag Rehab Domicilio: URB SANTA CRUZ		6. Ingresos bajo la Ley 103-01 (excepto IRA y cuentas de jubilación) Ingresos bajo la Ley 103-01 (excepto IRA and Retirement Accounts)		<input type="checkbox"/>	0.00
E22 CALLE SANTA CRUZ		7. Dividendos (Por contribuciones) Dividends (Por contribuciones)		<input type="checkbox"/>	0.00
BAYAMON, PR 00961		8. Ingresos de Capital de Capital bajo la Ley 112-01 (Por contribuciones) Ingresos de Capital de Capital bajo la Ley 112-01 (Por contribuciones)		<input type="checkbox"/>	0.00
Código postal: 00961		9. Contribuciones de Capital Capital Contributions		<input type="checkbox"/>	0.00
Número de Cuenta de Seguro Social: 003098659		10. Otros Pagos Other Payments		<input type="checkbox"/>	0.00
Firma: ADVANCE PAIN MANAG REHAB		11. Renta Bruta (Por contribuciones) Gross Rental Income (Por contribuciones)		<input type="checkbox"/>	0.00
FIRMA DE INGRESOS DE LOS SUJETOS A RENTACIÓN FIRMA DE INGRESOS DE LOS SUJETOS A RENTACIÓN		Firma de Ingresos de los Sujetos a Rentación Firma de Ingresos de los Sujetos a Rentación		Firma de Ingresos de los Sujetos a Rentación Firma de Ingresos de los Sujetos a Rentación	

ADVANCE PAIN MANAG REHAB
URB SANTA CRUZ
E22 CALLE SANTA CRUZ
BAYAMON, PR 00961

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/20181, impresa por RGR1153, 10/07/2019

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/20181, impresa por RGR1153, 10/07/2019

ADVANCE PAIN MANAG REHAB INST
1100 SANTA CRUZ
622 CALLI SANTA CRUZ
DAYAMON, PR 00831-0005

Formulario 480.6B
Form
Rev. 10.17

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
DECLARACIÓN INFORMATIVA - INGRESOS SUJETOS A RETENCIÓN
INFORMATIVE RETURN - INCOME SUBJECT TO WITHHOLDING

AÑO CONTRIBUTIVO
TAXABLE YEAR: 2017

☐ Enmendado - Amended (DO NOT FILE)

Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

VB38404

Número de Identificación Patronal - Employer Identification Number		1. Pagos por Servicios Prestados por Individuos Payments for Services Rendered by Individuals			
66-0433811		<input type="checkbox"/> Gastos Reimborsados Reimbursement Expenses \$ 0		0.00	
Nombre - Name		2. Pagos por Servicios Prestados por Corporaciones y Sociedades Payments for Services Rendered by Corporations and Partnerships			
ACAA		<input type="checkbox"/> Gastos Reimborsados Reimbursement Expenses \$ 0		4,370.02	
Dirección - Address		3. Pagos por Indemnización Judicial e Extrajudicial Payments for Judicial or Extrajudicial Indemnification		0.00	
PO Box 36487		4. Dividendos Sujetos al 15% Dividends Subject to 15%		0.00	
SAN JUAN, PR 00936-4847 Código Postal - Zip Code		5. Dividendos Sujetos a Tasa Preferencial bajo Ley Especial Dividends Subject to Preferential Rate under Special Act		0.00	
Número de Seguro Social e Identificación Patronal - Social Security or Employer Identification Number		6. Remuneración Pagada por Equipos de Deportes de Asociaciones o Federaciones Internacionales Compensation Paid by International Associations or Federations of Sports Teams		0.00	
98-0420166		7. Ingresos bajo la Sección 1023.04 (excepto IRA y Cuenta de Ahorro Educativo) Income under Section 1023.04 (except IRA and Educational Savings Account)		0.00	
Nombre - Name		8. Intereses bajo la Sección 1023.05(b) Interest under Section 1023.05(b)		0.00	
ADVANCE PAIN MANA & REHAB		9. Dividendos de Ingresos de Fomento Industrial (Ley 6 de 24 de enero de 1987) - Dividends from Industrial Development Income (Act 6 of January 24, 1987)		0.00	
Dirección - Address		10. Dividendos Elegibles bajo la Ley 14-2017 Eligible Dividends under Act 14-2017		0.00	
SANTA ROSA		11. Otros Pagos - Other Payments		0.00	
E-22 CALLE SANTA CRUZ					
BAYAMON, PR 00981-0000 Código Postal - Zip Code					
Número de Cuenta Bancaria - Bank Account Number					
Nota: Certificado de Retención de la Retención en el Origen sobre Pagos por Servicios Prestados No. Waiver Certificate from Withholding at Source on Payments for Services Rendered					
T1700001118					
Razón para el Cambio - Reason for the Change					
Número Control - Control Number	Número Control Informativa Original Control No. Original Informative Return				
003523857					

FECHA DE RADICACIÓN: 26 DE FEBRERO, VEA INSTRUCCIONES
FILING DATE: FEBRUARY 26, SEE INSTRUCTIONS

Envíe electrónicamente al Departamento de Hacienda. Entregue dos copias a quien recibe el pago. Conserve copia para sus récords. Send to Department of the Treasury electronically. Deliver two copies to payee. Keep copy for your records.

PRSOB, Inc. • (787) 623-7850 • www.prsob.com

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/2018 a las 15:53

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/2018 a las 15:53

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/2018 a las 15:53

Formulario **480.6B**
Form
Rev. 10-17

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
DECLARACIÓN INFORMATIVA - INGRESOS SUJETOS A RETENCIÓN
INFORMATIVE RETURN - INCOME SUBJECT TO WITHHOLDING

W833494

AÑO CONTRIBUTIVO
TAXABLE YEAR: **2017**

☐ Enmendado - Amended: ()

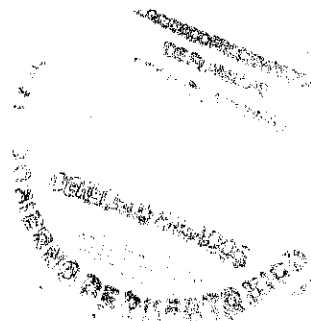
Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

INFORMACIÓN DEL AGENTE RETENEDOR - WITHHOLDING AGENT'S INFORMATION		Clase de Ingreso - Type of Income		Cantidad Pagada - Amount Paid	Cantidad Retenida - Amount Withheld
Número de Identificación Patronal - Employer Identification Number 660778289		1. Pagos por Servicios Prestados por Individuos Payments for Services Rendered by Individuals Retribución - Compensation \$ 0.00		0.00	0.00
Nombre - Name Constellation Health, LLC		2. Pagos por Servicios Prestados por Corporaciones y Sociedades Payments for Services Rendered by Corporations and Partnerships X Retribución - Compensation \$ 0.00		1,395.19	97.17
Dirección - Address PO Box 364547 San Juan PR 00936-4547		3. Pagos por Indemnización Judicial o Extrajudicial Payments for Judicial or Extrajudicial Indemnification		0.00	0.00
Código Postal - Zip Code 00936		4. Dividendos Sujetos al 15% Dividends Subject to 15%		0.00	0.00
Número de Seguro Social o Identificación Patronal - Social Security or Employer Identification Number 980420166		5. Dividendos Sujetos a Tasa Preferencial bajo Ley Especial Dividends Subject to Preferential Rate under Special Act		0.00	0.00
Nombre - Name ADVANCE PAIN MANAGEMENT & REHA		6. Remuneración Pagada por Equipos de Deportes de Asociaciones o Federaciones Internacionales Compensation Paid by International Associations or Federations of Sports Teams		0.00	0.00
Dirección - Address URB SANTA CRUZ E-22 CALLE SANTA CRUZ BAYAMON PR 00961		7. Intereses bajo la Sección 1023.04 (excepto IRA y Cuenta de Aportación Educativa) - Interest under Section 1023.04 (except IRA and Educational Contribution Account)		0.00	0.00
Código Postal - Zip Code 00961		8. Intereses bajo la Sección 1023.05(b) Interest under Section 1023.05(b)		0.00	0.00
Número de Cuenta Bancaria (ABA) - Account Number		9. Dividendos de Ingresos de Fomento Industrial (Ley 8 de 24 de enero de 1987) - Dividends from Industrial Development Income (Act 8 of January 24, 1987)		0.00	0.00
Nim, Certificado de Relevancia Relación en el Origen sobre Pagos por Servicios Prestados No Waiver Certificate from Withholding at Source on Payments for Services Rendered		10. Dividendos Exigibles bajo la Ley 14-2017 Exigible Dividends under Act 14-2017		0.00	0.00
Razones para el Cambio - Reasons for the Change		11. Otros Pagos - Other Payments		0.00	0.00
Número Control - Control Number 001148727	Número Control Informativa Original Control No. Original Informative Return	Envíe electrónicamente al Departamento de Hacienda. Entregue dos copias a quien recibe el pago. Conserve copia para sus récords. Send to Department of the Treasury electronically. Deliver two copies to payee. Keep copy for your records. Reproducido por Santa Computer & Services, Inc.			

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/11/2018

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/11/2018

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/11/2018



Detalle 2

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DETALLE ADJUNTO AL FORMULARIO 480.2
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE CORPORACIONES

Año contributivo comenzado el 01 de 01 de 2017 y terminado el 28 de 02 de 2018

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE: Advance Pain Management Rehabilitation Institute Inc

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL: 98-0420166

1. Ennegrezca la parte de la planilla para la cual completa este Detalle (seleccione solo una alternativa):

1. ☐ Parte I, Línea 26, página 2 de la planilla - Ingresos misceláneos
2. ☐ Parte V, Línea 16, página 3 de la planilla - Otros gastos
3. ☒ Parte VI, Línea 16, página 3 de la planilla - Otros contribuciones, patentes y licencias
4. ☐ Parte VI, Línea 48, página 3 de la planilla - Otras deducciones
5. ☐ Parte VIII, Línea 4, página 4 de la planilla - Ingreso tributable no registrado en los libros del año
6. ☐ Parte VIII, Línea 5, página 4 de la planilla - Gastos registrados en los libros este año no reclamados en esta planilla
7. ☐ Parte VIII, Línea 7, página 4 de la planilla - Ingreso registrados en los libros este año no incluidos en esta planilla
8. ☐ Parte VIII, Línea 8, página 4 de la planilla - Deducciones en esta planilla no llevadas contra el ingreso en los libros este año
9. ☐ Parte IX, Línea 3, página 5 de la planilla - Otros aumentos
10. ☐ Parte IX, Línea 6, página 5 de la planilla - Otras rebajas

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	PATENTE MUNICIPAL	\$ 1,933
2	DEPARTAMENTO DE ESTADO	150
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

Total (Traslade esta cantidad a la línea 26, Parte I de la página 2 de la planilla, línea 16, Parte V de la página 3 de la planilla, línea 16, Parte VI de la página 3 de la planilla, línea 48, Parte VI de la página 3 de la planilla, línea 4, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 5, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 7, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 8, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 3, Parte IX de la página 5 de la planilla o línea 6, Parte IX de la página 5 de la planilla, según aplique)

\$ 2,083

Detalle 2

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DETALLE ADJUNTO AL FORMULARIO 480.2
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE CORPORACIONES

Año contributivo comenzado el 01 de 03 de 2017 y terminado el 28 de 02 de 2018

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE: Advance Pain Management Rehabilitation Institute Inc

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL: 98-0420166

1. Ennegrezca la parte de la planilla para la cual completa este Detalle (seleccione solo una alternativa):

1. ☐ Parte I, Línea 26, página 2 de la planilla - Ingresos misceláneos
2. ☐ Parte IV, Línea 16, página 3 de la planilla - Otros gastos
3. ☐ Parte VI, Línea 16, página 3 de la planilla - Otros contribuciones, patentes y licencias
4. ☒ Parte VI, Línea 48, página 3 de la planilla - Otras deducciones
5. ☐ Parte VIII, Línea 4, página 4 de la planilla - Ingreso tributable no registrado en los libros del año
6. ☐ Parte VIII, Línea 5, página 4 de la planilla - Gastos registrados en los libros este año no reclamados en esta planilla
7. ☐ Parte VIII, Línea 7, página 4 de la planilla - Ingreso registrados en los libros este año no incluidos en esta planilla
8. ☐ Parte VIII, Línea 8, página 4 de la planilla - Deducciones en esta planilla no llevadas contra el ingreso en los libros este año
9. ☐ Parte IX, Línea 3, página 5 de la planilla - Otros aumentos
10. ☐ Parte IX, Línea 6, página 5 de la planilla - Otras rebajas

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	TELEFONOS E INTERNET	\$ 7,135
2	MATERIALES MEDICOS	26,408
3	ESTUDIO CLINICO	280
4	OFICINA	4,976
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

Total (Traslada esta cantidad a la línea 26, Parte I de la página 2 de la planilla, línea 16, Parte V de la página 3 de la planilla, línea 16, Parte VI de la página 3 de la planilla, línea 48, Parte VI de la página 3 de la planilla, línea 4, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 5, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 7, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 8, Parte VIII de la página 4 de la planilla, línea 3, Parte IX de la página 5 de la planilla o línea 6, Parte IX de la página 5 de la planilla, según aplique)

\$ 38,800

Detalle 10

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DETALLE ADJUNTO AL FORMULARIO 480.2
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE CORPORACIONES

Año contributivo comenzado el 01 de 03 de 2017 y terminado el 28 de 02 de 2018

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE: **Advance Pain Management Rehabilitation Institute Inc**

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL: **98-0420166**

1. Entregue la parte de la planilla para la cual completa este Detalle (seleccione solo una alternativa):

1. ☐ Anexo B, Parte II, Línea 5 - Contribución Retenida en el origen a no residentes (Formulario 480.6C)
2. ☒ Anexo B, Parte II, Línea 6 - Contribución Retenida en el origen sobre pagos por servicios prestados (Formulario 480.6B)

AÑO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL	NOMBRE DEL PAGADOR	NÚMERO DE CONTROL	NÚMERO DE CONFIRMACIÓN DE RADICACIÓN ELECTRÓNICA	CANTIDAD TOTAL RETENIDA SEGÚN DECLARACIÓN INFORMATIVA	CANTIDAD RETENIDA REQUERIDA EN ESTA PLANILLA
1	2017	65-2433911	ACAA	000823887	W836404	0
2	2017	65-0278289	CONSTELLATION HEALTH	00111777	W833484	97
3	2017	65-0586600	MMM HEALTHCARE LLC	000273328	W841387	0
4	2017	65-0539076	RENIER MENDEZ DE GUZMAN	000830584	W822492	0
5	2017	65-0650687	TRIPLE S ADVANTAGE	002089889	W835493	0
6	2017	65-0565677	TRIPLE S SALUD INC	000045587	W846860	0
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Total (Transfiriendo el Total de la Columna 6 a la Línea 5, Parte II del Anexo B o a la Línea 6, Parte II del Anexo B, según aplique)

*NOTA IMPORTANTE: Esta columna debe ser completada únicamente por contribuyentes cuyo año contributivo sea el año económico. El año contributivo no se debe incluir en esta columna; corresponde al año contributivo indicado en la Declaración Informativa (Formularios 480.6B o 480.6C) emitida a nombre del contribuyente y para la cual este reporte la porción del monto retenido correspondiente a los pagos que le hayan efectuados durante el período incluido dentro de su año económico.

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/20181, impresa por RGR1153, 10/07/2019

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA RECIBO DE PAGO
TERMINAL: 005 RECIBO: 1810348650612
CAJERO: ARG2008 COLECTORIA: 486
13/04/2018 16:28 PM
SSN/EIN: 980420166 INVOICE PAID MANAGEMENT
FECHA DE PAGO: 12/04/2018
CONCEPTO: PLANTILLA CORPORACIONADO 2017
TOTAL PAGADO: \$ 297.00
INSTRUMENTOS DE PAGO:
CHEQUES PERSONALES 297.00
FOTOCOPIE: PIERDE LEGIBILIDAD

Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/20181, impresa por RGR1153, 10/07/2019



Copia Oficial Radicada Electrónicamente el 04/12/20181, impresa por RGR1153, 10/07/2019

Advance Pain Management & Rehabilitation Institute, Inc.
Estado de Condición Financiera al
28 de Febrero de 2019

ACTIVOS

Activos Corrientes:

Efectivo	\$30,447
Inventario de Materiales	3,130
Cuentas por cobrar	<u>40,800</u>
	<u>\$74,377</u>

Propiedad y Equipo:

Equipos	252,349
Menos: Depreciación acumulada	<u>252,349</u>
Equipo Neto	0

Total de Activos	<u>\$74,377</u>
-------------------------	------------------------

DEUDAS Y PARTICIPACION DE LOS ACCIONISTAS

Deudas:

Cuenta a Pagar Largo Plazo Dr. Renier Méndez	\$120,000
Gastos Incurridos No Pagados	<u>10,540</u>

Total de Deudas	\$130,540
------------------------	------------------

Participación de los Accionistas:

Acciones comunes, \$100 valor par, 10 acciones autorizadas,	\$1,000
Sobrante de Operaciones Acumulado	(142,981)
Sobrante de Capital	<u>85,818</u>
Total	<u>(56,163)</u>

Total de Pasivos y Participación de los Accionistas	<u>\$74,377</u>
--	------------------------

Las Notas a los Estados Financieros son parte integral de estos.

Fill in this information to identify the case:

Debtor name **Advance Pain Management and Rehabilitati**
United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO, SAN JUAN DIVISION
Case number (if known) _____

☐ Check if this is an amended filing

Official Form 202

Declaration Under Penalty of Perjury for Non-Individual Debtors

12/15

An individual who is authorized to act on behalf of a non-individual debtor, such as a corporation or partnership, must sign and submit this form for the schedules of assets and liabilities, any other document that requires a declaration that is not included in the document, and any amendments of those documents. This form must state the individual's position or relationship to the debtor, the identity of the document, and the date. Bankruptcy Rules 1008 and 9011.

WARNING -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement, concealing property, or obtaining money or property by fraud in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.

Declaration and signature

I am the president, another officer, or an authorized agent of the corporation; a member or an authorized agent of the partnership; or another individual serving as a representative of the debtor in this case.

I have examined the information in the documents checked below and I have a reasonable belief that the information is true and correct:

- ☒ *Schedule A/B: Assets—Real and Personal Property*(Official Form 206A/B)
- ☒ *Schedule D: Creditors Who Have Claims Secured by Property*(Official Form 206D)
- ☒ *Schedule E/F: Creditors Who Have Unsecured Claims* (Official Form 206E/F)
- ☒ *Schedule G: Executory Contracts and Unexpired Leases*(Official Form 206G)
- ☒ *Schedule H: Codebtors* (Official Form 206H)
- ☒ *Summary of Assets and Liabilities for Non-Individuals* (Official Form 206Sum)
- ☐ *Amended Schedule* _____
- ☒ *Chapter 11 or Chapter 9 Cases: List of Creditors Who Have the 20 Largest Unsecured Claims and Are Not Insiders* (Official Form 204)
- ☒ Other document that requires a declaration _____

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on **July 11, 2019**

X **/s/ Dr. Renier Mendez**

Signature of individual signing on behalf of debtor

Dr. Renier Mendez

Printed name

President

Position or relationship to debtor

Fill in this information to identify the case:	
Debtor name	Advance Pain Management and Rehabilitati
United States Bankruptcy Court for the:	DISTRICT OF PUERTO RICO, SAN JUAN DIVISION
Case number (if known):	

☐ Check if this is an amended filing

Official Form 204

Chapter 11 or Chapter 9 Cases: List of Creditors Who Have the 20 Largest Unsecured Claims and Are Not Insiders

12/15

A list of creditors holding the 20 largest unsecured claims must be filed in a Chapter 11 or Chapter 9 case. Include claims which the debtor disputes. Do not include claims by any person or entity who is an insider, as defined in 11 U.S.C. § 101(31). Also, do not include claims by secured creditors, unless the unsecured claim resulting from inadequate collateral value places the creditor among the holders of the 20 largest unsecured claims.

Name of creditor and complete mailing address, including zip code	Name, telephone number and email address of creditor contact	Nature of claim (for example, trade debts, bank loans, professional services, and government contracts)	Indicate if claim is contingent, unliquidated, or disputed	Amount of claim If the claim is fully unsecured, fill in only unsecured claim amount. If claim is partially secured, fill in total claim amount and deduction for value of collateral or setoff to calculate unsecured claim.		
				Total claim, if partially secured	Deduction for value of collateral or setoff	Unsecured claim
AUTORIDAD ENERGIA ELECTRICA PO BOX 363508 SAN JUAN, PR 00936-3508	AUTORIDAD ENERGIA ELECTRICA	Trade debt				\$746.61
Clint Pharmaceuticals Inc. 629 Shute Ln Old Hickory, TN 37138-1906	clintpharmaceutica ls.com	Trade debt				\$1,362.00
Dr. Renier mendez De Guzma Urb. Garden Hills B4 Calle Meadow Ln Guaynabo, PR 00965-7902	rrenier@msn.com	Bank loan				\$120,000.00
liberty Cablevision		Trade debt				\$0.00

Fill in this information to identify the case:

Debtor name **Advance Pain Management and Rehabilitati**
 United States Bankruptcy Court for the: **DISTRICT OF PUERTO RICO, SAN JUAN DIVISION**
 Case number (if known) _____

☐ Check if this is an amended filing

Official Form 206Sum

Summary of Assets and Liabilities for Non-Individuals

12/15

Part 1: Summary of Assets

1. Schedule A/B: Assets-Real and Personal Property (Official Form 206A/B)

1a. Real property:

Copy line 88 from Schedule A/B..... \$ **0.00**

1b. Total personal property:

Copy line 91A from Schedule A/B..... \$ **69,818.95**

1c. Total of all property:

Copy line 92 from Schedule A/B..... \$ **69,818.95**

Part 2: Summary of Liabilities

2. Schedule D: Creditors Who Have Claims Secured by Property (Official Form 206D)

Copy the total dollar amount listed in Column A Amount of claim, from line 3 of Schedule D..... \$ **0.00**

3. Schedule E/F: Creditors Who Have Unsecured Claims (Official Form 206E/F)

3a. Total claim amounts of priority unsecured claims:

Copy the total claims from Part 1 from line 5a of Schedule E/F..... \$ **0.00**

3b. Total amount of claims of nonpriority amount of unsecured claims:

Copy the total of the amount of claims from Part 2 from line 5b of Schedule E/F..... +\$ **122,108.61**

4. Total liabilities

Lines 2 + 3a + 3b

\$ **122,108.61**

B2030 (Form 2030) (12/15)

United States Bankruptcy Court
District of Puerto Rico, San Juan Division

In re **Advance Pain Management and Rehabilitati**

Debtor(s)

Case No.

Chapter

11

DISCLOSURE OF COMPENSATION OF ATTORNEY FOR DEBTOR

1. Pursuant to 11 U.S.C. § 329(a) and Fed. Bankr. P. 2016(b), I certify that I am the attorney for the above named debtor(s) and that compensation paid to me within one year before the filing of the petition in bankruptcy, or agreed to be paid to me, for services rendered or to be rendered on behalf of the debtor(s) in contemplation of or in connection with the bankruptcy case is as follows:

☐ **FLAT FEE**

For legal services, I have agreed to accept _____ \$ _____

Prior to the filing of this statement I have received _____ \$ _____

Balance Due _____ \$ _____

☒ **RETAINER**

For legal services, I have agreed to accept and received a retainer of _____ \$ **0.00**

The undersigned shall bill against the retainer at an hourly rate of _____ \$ **250.00**

[Or attach firm hourly rate schedule.] Debtor(s) have agreed to pay all Court approved fees and expenses exceeding the amount of the retainer.

2. The source of the compensation paid to me was:

☒ Debtor ☐ Other (specify):

3. The source of compensation to be paid to me is:

☒ Debtor ☐ Other (specify):

4. ☒ I have not agreed to share the above-disclosed compensation with any other person unless they are members and associates of my law firm.

☐ I have agreed to share the above-disclosed compensation with a person or persons who are not members or associates of my law firm. A copy of the agreement, together with a list of the names of the people sharing in the compensation is attached.

5. In return for the above-disclosed fee, I have agreed to render legal service for all aspects of the bankruptcy case, including:

a. [Other provisions as needed]

6. By agreement with the debtor(s), the above-disclosed fee does not include the following service:

CERTIFICATION

I certify that the foregoing is a complete statement of any agreement or arrangement for payment to me for representation of the debtor(s) in this bankruptcy proceeding.

July 11, 2019

Date

/s/ Isabel Fullana

Isabel Fullana

Signature of Attorney

Garcia- Arregui & Fullana PSC

PO Box 11579

San Juan, PR 00910-2679

(787) 766-2530 Fax: (787) 756-7800

isabelfullana@gmail.com

Name of law firm