



**REPUBLICA DE HONDURAS
 MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUELITO INTIBUCA**

**DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
 FORMULARIO DE CIERRE CAMBIO DE NOMBRE O CAMBIO DE DIRECCION DEL NEGOCIO
 DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIA**

San miguelito _____ de _____ del año ____20

N 000001

Sr: (a) _____

Jefe de Administración Tributaria

Por este medio notifico a usted que el negocio denominado

Cuya actividad es _____

Ubicar Actualmente _____

Barrio o colonia

A Partir de la fecha será

temporal

Definitivo

N	CANCELADO	MOTIVO
	CIERRE TEMPORAL	
	CIERRE DEFINITIVO	

N	CAMBIARA DE DIRECCION	
	DIRECCION ACTUAL	
	NUEVA DIRECCION	

N	CAMBIARA DEL PROPIETARIO (DATOS DEL NUEVO PROPIETARIO)	
	NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / O REPRESENTANTE LEGAL	
	N. DE IDENTIDAD	
	N. DE SOLVENCIA MUNICIPAL	
	R.T.N. PERSONAL	

 Firma del propietario o representante legal

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO

Solicitud recibida el ____ de _____ del año 20__

Recibido por: _____