

REPÚBLICA DE HONDURAS
Municipalidad de Cabañas, Copán
 DECLARACIÓN INDIVIDUAL DE INGRESOS
 IMPUESTO PERSONAL MUNICIPAL

R.T.N.

TARJETA DE IDENTIDAD

DECLARACION NUMERO

Cuadro "A" Datos Generales

NOMBRE COMPLETO

1er. Apellido

2do. Apellido

1er. Nombre

2do. Nombre

A. De Casada

LUGAR DE NACIMIENTO

Pais

Departamento

Municipio

Fecha de Nacimiento

Ocupación Actual

Sexo

Estado Civil

D

M

A

M

F

Soltero

Casado

DOMICILIO EXACTO

Casa No.

Calle o Avenida

Calle o Ave. Que Cruzan donde vive

Cuadro "B" Ingresos no Gravables (Cuando D al reverso) L.

Cuadro "C" Ingresos Gravables

1. Honorarios Profesionales			
2. Utilidad o Transferencia Bienes a Cualquier Titulo			
3. Intereses, Comisiones y Otros			
4. Alquileres Recibidos			
5. Dividendos de Empresas Nacionales o Extranjeras			
6. Sueldos, Salarios y Gratificaciones (Explique en cuadro "E" al reverso)			
7. Ingresos de otras fuentes (Explique en cuadro "F" al reverso)			
TOTAL DE INGRESOS GRAVABLES		L.	
8. Retención en la Fuente (Adjunte comprobantes y detalle en cuadro "E")			
9. IMPUESTO A PAGAR		L.	

Juro que la presente Declaración contiene información verídica y que muestra de manera fiel y exacta obtenidos en el periodo de:

 FIRMA DEL CONTRIBUYENTE

Municipalidad de Cabañas, Copán ____ / ____ / ____

Declaracion No _____

IMPUESTO VECINAL DEL 200 _____

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRIBUYENTE

DIRECCION

REPÚBLICA DE HONDURAS
Municipalidad de Cabañas, Copán
DECLARACIÓN JURADA

SOBRE VOLUMEN DE INGRESOS PRODUCCIÓN O VENTAS

Periodo del: _____ de _____ al _____ de _____ del 20 _____

1. Nombre del Propietario

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre

2. Dirección Exacta

Casa N°.	Calle o Ave.	Bo. o Colonia	Aldea o Caserío	Departamento

3. Otros Datos Personales

R.T.N.	Tarjeta de Identidad	Solvencia Municipal	No. de Permiso de Operación

4. Datos de Establecimiento

Nombre o Razón o Denominación Social	Dirección Exacta	Cod. Catastral

5. Información Financiera

	Art. 78	Art. 79
1. Volumen de Producción, Ingresos o Ventas	L. _____	L. _____
2. No. de Mesas de Billar	_____	
3. No. de Rockolas	_____	

Nota: deberán declararse todos los ingresos obtenidos sin deducción de costo o gastos de operación.

➔ *Ver Artículos al reverso*

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA DECLARACIÓN SON CORRECTOS Y EXACOS.

Lugar y Fecha

Firma Propietario o Representante

Uso exclusivo de la Oficina de Administración Tributaria.

Fecha o Recibo _____ *No. de Registro:* _____ *Código:* _____

Revisado por: _____ *Impuesto a Pagar Lps.* _____



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN

muni_cabanascopan@yahoo.es



HOJA DE SOLICITUD DE CIERRE DE NEGOCIO

Fecha de Solicitud ___/___/___

I Datos de contribuyente:

Nombre del contribuyente: _____

II Datos del Negocio:

Nombre o Razón Social: _____

Barrio o Aldea: _____

Dirección del Negocio: _____

Actividad del Negocio: _____

I. Datos del Cierre:

Tipo de cierre solicitado: cierre temporal () cierre definitivo ()

En caso de cierre temporal, suministrar la siguiente información:

Periodo de cierre:

Desde el: ___/___/___/

Hasta el: ___/___/___/

Ultimo mes pagado a la municipalidad Mes: _____ Año: _____

Especifique las razones que lo motivaron a realizar el cierre de negocio:

Firma Del Propietario del Negocio

IV. Para uso exclusivo de la municipalidad:

Fecha de Aprobación: ___/___/___/

Nombre del Funcionario que autoriza el cierre: _____

Autorizado Por.

SOLICITUD DE APERTURA DE NEGOCIOS

Por este medio me dirijo a usted para solicitarle los permisos correspondientes para la apertura de un negocio cuya denominación comercial será _____ del cual me Ostento como propietario _____ y estará ubicado en el B^a _____ ciudad o municipio _____ Domicilio _____ Teléfono/Cel. O email _____ a partir del día (poner fecha de apertura) _____.

O bien que me indiquen el procedimiento a seguir y personas a quien deba dirigirme para llevar a cabo los trámites correspondientes.

Sin otro particular, quedo pendiente de su respuesta agradeciendo su amable atención.

Atentamente.

Nombre, firma

Recibido en fecha _____.

Firma quien Recibe _____.



REPUBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN



N°:

PERMISO DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

PROPIETARIO: _____

VALIDO: 31/12/2019

R.T.N. _____

UBICACIÓN: _____, **Cabañas, Copan**

04	02			
DEPTO	MPIO	MAPA	BLOQUE	PREDIO
CLAVE CATASTRAL				
CLASE DE NEGOCIO: _____				

ACTIVIDAD PRINCIPAL: _____				

F. ESTABL.: _____				

Conforme al reglamento para la Apertura y Operación de Establecimientos Comerciales en este Municipio. El Suscrito Director Municipal de Justicia, concede el presente.

Dado en la ciudad de Cabañas, a los _____ días del mes de _____ de 2019.

JEFE DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA

DIRECTOR MUNICIPAL DE JUSTICIA