



**MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD, SANTA BARBARA
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
DECLARACION JURADA DE INGRESOS DE IMPUESTO PERSONAL**

PERIODO DE ____ DE _____ AL ____ DE _____ 20 ____

1- NOMBRE DEL PROPIETARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

2- DIRECCION EXACTA

BARRIO O COLONIA	ALDEA O CASERIO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

3- OTROS DATOS PERSONALES

IDENTIDAD	SOLVENCIA MUNICIPAL	R.T.N	OTROS

4. EMPRESA DONDE

LABORA: _____

5. DESDE CUANDO LABORA: _____

6. INGRESOS GRAVABLES

1. SUELDOS Y SALARIOS		
2. RENTAS Y ALQUILERES		
3. HONORARIOS PROFESIONALES		
4. INTERESES, COMISIONES, GANANCIAS O DIVIDENDO		
5. OTROS INGRESOS		
TOTAL DE INGRESOS		

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA DECLARACION SON CORRECTOS Y EXACTOS

Trinidad, Santa Bárbara ____ de _____ del año ____

AUTORIZO A LA MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD, S.B VERIFICAR A TRAVES DE UNA AUDITORIA LA DECLARACION PRESENTADA, HACIENDOME RESPONSABLE A LO QUE PRESENTA LA MISMA.

TOTAL A PAGAR _____

FIRMA DEL DECLARANTE