



MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MUNICIPALES UNIDAD DE CEMENTERIOS

CONTROL DE INHUMACIÓN

Nº 75501

FECHA ACTUAL: _____
 NOMBRE DEL DIFUNTO: _____ APELLIDOS: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ Nº DE IDENTIDAD: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ DEPTO.: _____
 NOMBRE DEL PADRE: _____ FECHA DE MUERTE: _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____ FECHA DE INHUMACIÓN: _____
 DONDE VIVÍA Bº/COL.: _____ CALLE: _____ AVE.: _____
 TIEMPO DE VIVIR EN SAN PEDRO SULA, AÑOS: _____ MESES: _____
 NOTA DE DEFUNCIÓN Nº: _____ EXTENDIDA EN: _____
 FAMILIAR INMEDIATO: _____ PARENTESCO: _____
 FAMILIAR INMEDIATO: _____ PARENTESCO: _____

SERVICIOS DE ENTERRAMIENTO EN:

1.- FOSA SENCILLA, 2.- FOSA DOBLE, 3.- FOSA TRIPLE, 4.- MAUSOLEO

PERSONA QUE SOLICITA LOS SERVICIOS

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
 Nº IDENTIDAD: _____
 DIRECCIÓN Bº/COL.: _____ CALLE: _____ AVE.: _____
 CASA: _____ TEL.: _____ PARENTESCO: _____

CAUSA QUE OCASIONÓ LA MUERTE:

- | | | | |
|--------------|------------------|-------------------|---------------|
| A.- COLERA | D.- HIV (SIDA) | G.- INTOXICACIÓN | J.- ACCIDENTE |
| B.- TIFOIDEA | E.- TUBERCULOSIS | H.- ARMA BLANCA | K.- OTROS |
| C.- MALARIA | F.- CORAZÓN | I.- ARMA DE FUEGO | |

ESPECIFIQUE: _____

FECHA DE CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN DEL HOSPITAL: _____
 MÉDICO: _____

FIRMA Y SELLO ADMINISTRACIÓN
CEMENTERIO MUNICIPAL O PRIVADO

FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DEL ADMINISTRADOR MUNICIPAL O PRIVADO

SOLICITUD RECIBIDA POR: _____ FECHA: _____
 NOMBRE DEL CEMENTERIO: _____
 UBICACIÓN EN EL CEMENTERIO: JARDÍN: _____ BLOQUE: _____ LOTE: _____
 TAMAÑO DEL LOTE: _____ MI TOTAL QUE CANCELO LPS. _____ REC.: _____
 OBSERVACIONES: _____



MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MUNICIPALES UNIDAD DE CEMENTERIOS

ORDEN DE PAGO

Nº 185351

FECHA: _____

CONTRIBUYENTE: _____

DIRECCION: _____

CEMENTERIO: _____

TIPO DE LOTE: _____ 1ra. FOSA _____ 2da. FOSA: _____ 3ra. FOSA: _____ MÚLTIPLES _____

MAUSOLEO: _____ TAMAÑO DE LOTE _____ 1.00 X 2.50

UBICACIÓN: JARDIN: _____ BLOQUE: _____ LOTE: _____

Servicios a Pagar Conforme a Tabla

VALOR EFECTIVO DEL LOTE: _____ LPS. _____

INHUMACION: _____ LPS. _____

CONSTANCIAS: _____ LPS. _____

CONSTRUCCION DE FOSA: _____ LPS. _____

20% POR CONSTRUCCION CAPILLA: _____ LPS. _____

TRASPASO DE DERECHO A FAMILIARES: _____ LPS. _____

TRASPASO DE DERECHO A PARTICULARES: _____ LPS. _____

PERMISO DE EXHUMACION: _____ LPS. _____

OTROS: _____ LPS. _____

TOTAL A PAGAR: _____ LPS. _____

FIRMA Y SELLO

LOS VALORES A COBRAR SON TOMADOS DEL PLAN DE ARBITRIOS VIGENTE, TITULO IV, CAPITULO III, ARTICULOS Nº 119, 120, 121, 122, 123, PARA VENTAS DE TERRENOS, INHUMACIONES Y EXHUMACIONES.

ORIGINAL: CONTRIBUYENTE
CC: TESORERIA
CC: AUDITORIA