REPUBLICA DE HONDURAS
ALCALDIA MUNICIPAL DE OROPOLI

N° de Permiso
N° 0101

PERMISO DE OPERACIÓN

CONTRIBUYENTE	
R.T.N O IDENTIDAD	NOMBRE O RAZON SOCIAL

NEGOCIO, ESTABLECIMIENTO O INSTITUTO	
NOMBRE	N° DE REGISTRO DEL NEGOCIO

DIRECCIÒN DEL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO

FECHA DE EMESION			VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Observaciones: _____

_____

_____ _____

JUEZ DE JUSTICIA MUNICIPAL ALCALDE MUNICIPAL

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROPOLÍ
El Paraíso, Honduras, Centroamérica
Email: alcaldiaoropoli2022@gmail.com

HONDURAS

AVISO DE COBRO

Nombre Completo: _____

Fecha: _____

Códigos	*Descripción*	*Total*	*Observaciones*
Multas			
Recargos			
Interés			
Sírvase a Pagar a Tesorería			

Total a pagar: L._____

_____

Firma de Departamento
de Tributaria

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROPOLÍ
Departamento El Paraíso, Honduras, Centro América
Tel. 787-7823

Nº

Declaración Jurada Sobre Volumen de Producción o Ventas

Periodo: Del _____ De _____ Al _____ De _____ De _____

I.-NOMBRE DEL PROPIETARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

II.- DIRECCION EXACTA

Casa No.	Calle o Avenida	Bo. O Colonia	Aldea o Caserío	Departamento

III.- OTROS DATOS PERSONALES

R. T. N.	No. Identidad	Solvencia Municipal	P. De Operación

IV.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre Razón o Denominación Social	Dirección Exacta	Cod. Catastral

Tipo de Sociedad	Fecha de Inicio

ACTIVIDAD ECONOMICA

Oficina Principal ( ) sucursal ( ) Agencia ( )

TIPO DE RÓTULOS: Volantes o perpendiculares ( ) cruzando la Calle ( )
Adheridos al Edificio ( ) Pintados o Dibuiados ( )

V.-INFORMACION FINANCIERA:

Volumen de Producción o ventas del Periodo Lps. _____

Valor Total de los Activos al Final del Ejercicio Lps. _____

Valor Total de Producción o Ventas Periodos Anteriores; _____

De 20 _____ Al 20 _____ Lps. _____ De 20 _____ Al 20 _____ Lps. _____

De 20 _____ Al 20 _____ Lps. _____ De 20 _____ Al 20 _____ Lps. _____

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

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA PROPIETARIO O REPRESENTANTE

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Fecha de Recibido _____ No. de Registro _____ Clasif. Mpal. _____

Revisado por _____ Impuesto a Pagar Lps _____

Original: Oficina de Admon Tributaria Copia: Contribuyente

Escaneado con CamScanner