MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO

APERTURA DE OPERACIÓN DE NEGOCIOS

Siguatepeque, _____/_____/_____

MSF-T02-01

Yo_____ con Identidad No._____, en cumplimiento a las Leyes vigentes que rigen al Municipio de Siguatepeque, solicito que me conceda el correspondiente PERMISO DE OPERACION del Establecimiento, que a continuación describo:

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Negocio:		Teléfono:	
Clave Catastral:		Celular:	
Dirección:			
El Inmueble Donde Funcionara Es:	Propia ( )	Alquilada ( )	Otros ( )
Actividad económica:		Inicio De Operaciones:	
Tipo de Rotulo:	Dimensiones:	Contador:	
Estimado de ventas 3 meses:	No. Empleados:		
SECCION EXCLUSIVA	No. De Tragamonedas:	No. Maquinas Videojuegos:	
	No De Habitaciones:	No. De Mesas de Billar:	
	No. De Ataris:	No. De Rockolas:	
	Venta de Cervezas:	Venta de Licores:	

INFORMACION PROPIETARIO DEL NEGOCIO

Propietario Del Negocio / Representante legal:		Identidad:	
Clave Catastral:		R.T.N. :	
Dirección De Residencia:			
Forma de Constitución:	Persona Natural ( )	Comerciante Individual ( )	Sociedad ( )
Celular:	Teléfono Residencial:		

INFORMACION DEL INMUEBLE

Propietario:		Teléfono:	
Dirección Del Propietario:		Celular:	
Fecha Ultima De Pago del Bien Inmueble:			
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS			
Alcantarillado:	Tren De Aseo:	Limpieza de Calles:	
Escriba en la Casilla "SI" o "NO"			
Firma del Propietario del Inmueble/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia Municipal	

NO PODRA INICIAR OPERACIONES MIENTRAS NO SE HAYA APROBADO EL PERMISO DE OPERACIÓN Y QUE ESTE SOLVENTE EN LA MUNICIPALIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA SERA MOTIVO DE DENEGACION DEL PERMISO DE OPERACIÓN Y DE MULTAS ADMINISTRATIVAS QUE DICTAN LAS LEYES CORRESPONDIENTES. SI TRASPASA, CIERRA O CAMBIA DE DIRECCION DEBE REPORTARLO AL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO. COMPROMETIENDOME A CUMPLIR CON LA LEY, NORMAS, REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE PERMANECEN DE LAS AUTORIDADES MUNICIPALES, JURO QUE LOS DATOS QUE DESCRIBO SON REALES PARA LO CUAL ME SUJETO A CUALQUIER INVESTIGACION O AUDITORIA Y DE NO SER ASI, ACATAR LO QUE LA LEY DISPONGA, FIRMANDO

Firma del Propietario Negocio/Fecha	No. De Identidad	Registro C. C. I. S.	No. Solvencia Municipal

AUTORIZACION SEGÚN CORRESPONDA LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL ESTABLECIMIENTO

SALUD PUBLICA	JUZGADO DE POLICIA	OFICINA DEL AMBIENTE	OFICINA DE BOMBEROS
FIRMA/SELLO/FECHA	**FIRMA/SELLO/FECHA**	**FIRMA/SELLO/FECHA**	**FIRMA/SELLO/FECHA**

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____

FECHA DE PRESENTACION: _____