



# Municipalidad de Santa Lucia F.M.

Honduras, C.A.

Teléfono: (504) 2779-0404, 2779-0433, 2779-0439



## DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO SOLICITUD DE PERMISO DE OPERACIÓN

02-113

No. De Formulario

### Datos del Negocio.

|    |                                                                    |    |    |  |
|----|--------------------------------------------------------------------|----|----|--|
| 1  | Nombre del Negocio:                                                |    |    |  |
| 2  | Denominación Social:<br>(llene solamente si es sociedad mercantil) |    |    |  |
| 3  | Tipo de Sociedad:<br>(llene solamente si es sociedad mercantil)    |    |    |  |
| 4  | Actividades Económicas:                                            | a. | b. |  |
| c. | d.                                                                 | e. |    |  |
| 5  | R.T.N. (solo se acepta RTN numérico)                               |    |    |  |

### Ubicación del negocio (adjunte croquis).

|   |                                      |         |            |            |        |
|---|--------------------------------------|---------|------------|------------|--------|
| 1 | Dirección del Negocio:               |         |            |            |        |
| 2 | Clave Catastral:                     | 3       | Zona       | Urbana:    | Rural: |
| 4 | Condición del local a Utilizar:      | Propio: | Arrendado: | ¿Contrato? | Si No  |
| 5 | Nombre del Propietario del Inmueble: |         |            |            |        |

### Datos de Propietario / Representante Legal.

|   |                                                           |   |                             |  |  |
|---|-----------------------------------------------------------|---|-----------------------------|--|--|
| 1 | Nombre Completo del Propietario<br>o Representante Legal: |   |                             |  |  |
| 2 | No. De Identidad:                                         | 3 | No. De solvencia Municipal: |  |  |
| 4 | RTN. (Personal):                                          | 5 | Nacionalidad:               |  |  |
| 6 | Teléfono casa:                                            | 7 | Celular:                    |  |  |

### Datos de Inicio de Operación.

|                            |                                                                                                                                                                    |                                 |                                   |  |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 1                          | Fecha de Inicio de Operaciones:                                                                                                                                    |                                 |                                   |  |  |
| 2                          | Inversión o Capital Inicial:                                                                                                                                       |                                 |                                   |  |  |
| 3                          | Volumen de Venta (estimado a 3 meses)                                                                                                                              |                                 |                                   |  |  |
| 4                          | Bases especiales para la determinación del impuesto, tasas por servicios y derecho.<br>Llene únicamente si aplica su actividad económica. Especifique la cantidad. |                                 |                                   |  |  |
| No. De mesas<br>de billar. | No. De mesas<br>de futbolito.                                                                                                                                      | No. De máquinas<br>tragamonedas | No. De mesas de<br>juegos de azar |  |  |
| No. Juegos Electrónicos.   | No. Bingos de mesa de barras                                                                                                                                       | No. De Rockolas                 |                                   |  |  |

Juro que la información aquí indicada es correcta y verdadera, obligándome a llevar los libros correspondientes de ingresos y egresos y libros contables para verificación de las declaraciones.

Santa Lucía, Francisco Morazán; \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del/la propietario(a) o representante legal.

UTM

N \_\_\_\_\_  
E \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_

### Para uso del Departamento de Control Tributario.

|                                                  |                   |
|--------------------------------------------------|-------------------|
| Solicitud recibida: el _____ de _____ de _____   | tasado por: _____ |
| Contribuyente solvente con bienes inmueble _____ |                   |

Este formato se solicita en el departamento de Tributación el día que se entrega la documentación para apertura de negocio.

Los documentos a entregar debe ser copias legibles.



*Municipalidad de Santa Lucia, F.M.*

Honduras C.A.



**DECLARACION INDIVIDUAL DE INGRESOS**  
**IMPUESTO PERSONAL MUNICIPAL (VECINAL)**

Municipalidad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_  
IDENTIDAD No. \_\_\_\_\_ R.T.N. \_\_\_\_\_

Señor Alcalde Municipal en cumplimiento del artículo No. 77 del Decreto legislativo No. 134-90 de la ley de Municipalidades de fecha 19 de noviembre de 1990, presento mi declaración de Impuesto Personal.

| DATOS GENERALES     |  |                  |                  |               |  |                |  |
|---------------------|--|------------------|------------------|---------------|--|----------------|--|
| PRIMER APELLIDO     |  | SEGUNDO APELLIDO |                  | PRIMER NOMBRE |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |                  |                  | SEXO          |  | ESTADO CIVIL   |  |
| PAIS                |  | DEPTO.           |                  | MUNICIPIO     |  |                |  |
| DOMICILIO<br>BARRIO |  | ALDEA            |                  | COLONIA       |  |                |  |
| PROFESION U OFICIO  |  |                  | OCUPACION ACTUAL |               |  |                |  |
| TELEFONO            |  | CELULAR          |                  | E-MAIL        |  |                |  |

| RESUMEN DE INGRESOS                                          |  |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|
| a) Honorarios profesionales                                  |  |  |
| b) Utilidad en transferencia                                 |  |  |
| c) Intereses comisiones y otros                              |  |  |
| d) Alquileres recibidos                                      |  |  |
| e) Dividendos recibidos                                      |  |  |
| f) Sueldos, salarios y gratificaciones (explique al reverso) |  |  |
| g) Ingresos de otras fuentes (explique al reverso)           |  |  |
| h) Otros                                                     |  |  |
| <b>TOTAL DE INGRESOS GRAVABLES</b>                           |  |  |

Juro que la declaración contiene la información verídica y que muestro de manera fiel y exacta los ingresos obtenidos en el periodo del 1ro de enero al 31 de Diciembre del \_\_\_\_\_  
Municipio de Santa Lucia F.M.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella

*Santa Lucia, Un Pueblo Con Encanto.*

(MARQUE CON UNA X LA RAZON Y PRESENTE DOCUMENTOS)

|                                |                                                                                                                                   |    |  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/>       | Personas mayores de 65 años con ingresos inferiores a 14 veces el salario mínimo mensual establecido por el Poder Ejecutivo _____ | L. |  |
| <input type="checkbox"/>       | Maestros de Educación Primaria en servicio _____                                                                                  | L. |  |
| <input type="checkbox"/>       | Jubilados _____                                                                                                                   | L. |  |
| <input type="checkbox"/>       | Otros Indique _____                                                                                                               | L. |  |
| TOTAL DE INGRESOS NO GRAVABLES |                                                                                                                                   | L. |  |

CUADRO DE SUELDOS, SALARIOS Y GRATIFICACIONES

| RTN EMPLEADOR | No. PERMISO DE OPERACION | NOMBRE DEL EMPLEADOR | DIRECCION DEL PAGADOR | PERCEPCIONES | RETENCIONES IMPT PERSONAL |
|---------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|---------------------------|
|               |                          |                      |                       |              |                           |
|               |                          |                      |                       |              |                           |
|               |                          |                      |                       |              |                           |
|               |                          |                      |                       |              |                           |

CUADRO DE INGRESOS DE OTRAS FUENTES

| RTN DEL PAGADOR | CONSEPTO DE INGRESOS | NOMBRE DEL PAGADOR | DIRECCION DEL PAGADOR | PERCEPCIONES |
|-----------------|----------------------|--------------------|-----------------------|--------------|
|                 |                      |                    |                       |              |
|                 |                      |                    |                       |              |
|                 |                      |                    |                       |              |
|                 |                      |                    |                       |              |

EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE CATASTRO

| INGRESO POR | INGRESO GRAVABLES | TARIFA IMPONIBLE | IMPUESTO A PAGAR |
|-------------|-------------------|------------------|------------------|
|             |                   |                  |                  |
|             |                   |                  |                  |
|             |                   |                  |                  |
|             |                   |                  |                  |

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
REVISADO POR

*Santa Lucía. Un Pueblo Con Encanto.*



# Municipalidad de Santa Lucía, F.M.

Honduras, C.A.

Teléfono: (504) 2779-0404, 2779-0433, 2779-0439

Fax : (504) 2779-0295

## DECLARACION JURADA ANUAL DE IMPUESTO SOBRE INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS

AÑO 20\_\_\_\_\_

DECLARACION No. \_\_\_\_\_

☐ ANUAL

☐ APERTURA

### 1) IDENTIFICACION DEL CONTRIBUYENTE:

Nombre o Denominación Legal del Negocio: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_

No. De Identidad: \_\_\_\_\_ RTN: \_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ No. De Empleados: \_\_\_\_\_ Clave Catastral: \_\_\_\_\_

Actividad Económica: \_\_\_\_\_

### 2) BASE GRAVABLE PARA DETERMINAR EL IMPUESTO DE TASA POR SERVICIOS Y DERECHOS.

|                                       |                              |                |
|---------------------------------------|------------------------------|----------------|
| L. _____                              | L. _____                     | L. _____       |
| Ingresos Totales<br>Oficina Principal | Ingresos Totales<br>Sucursal | Total Ingresos |

|                        |                           |                            |
|------------------------|---------------------------|----------------------------|
| _____                  | _____                     | _____                      |
| No. de Mesas de Billar | No. de Mesas de Futbolito | No. de Juegos Electrónicos |

### 3) DERECHO A FUNCIONAMIENTO DE ROTULOS, CARTELES, AVISOS Y OTROS.

| DETALLE                                | CANTIDAD | METROS CUADRADOS |
|----------------------------------------|----------|------------------|
| Pintado sobre pared                    |          |                  |
| Colocado sobre la acera                |          |                  |
| Colocado sobre la calle                |          |                  |
| Luminoso u Ornamental                  |          |                  |
| Valla publicitaria en lugares privados |          |                  |

NOTA: Declaro y juro que la información anterior mente proporcionadas verdadera y puede estar sujeta a una auditoria, lo que puede ocasionar ajustes y sanciones conforme a la Ley.

Santa Lucia F.M. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 202\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contribuyente o Representante Legal

*Santa Lucia es de Todos*