



MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES

Bo. Copén, 2 Avenida, 13-14 Calle E., Tel. 2665-0183/0426 Fax. 2665-0207

CONTROL TRIBUTARIO

SOLICITUD DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

No. Solicitud: _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Propietario: _____

Dirección del Solicitante: _____

Identificación: _____ R.T.N. _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono y/o Celular: _____ No. Solvencia: _____

Clave Catastral: _____

2. INFORMACIÓN COMERCIANTE INDIVIDUAL O SOCIEDAD

Actividad del Negocio/Sociedad: _____

Nombre Comercial o Razón Social: _____

Sucursal(es): _____

Dirección Completa: _____

En caso de estar operando, Fecha Inicial: ____/____/____ R.T.N. _____

3. DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo: _____

Dirección Completa de oficina: _____

Identidad: _____ No. Solvencia: _____

Colegiación: _____ Correo: _____

R.T.N. _____ Teléfono/Celular: _____

No. Solvencia: _____

Firma o Huella del Solicitante



MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES

Bo. Copén, 2 Avenida, 13-14 Calle E., Tel. 2665-0183/0426 Fax. 2665-0207

CONTROL TRIBUTARIO

SOLICITUD DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

A. Departamento de Administración de Ingresos

Fecha de Recibido de Solicitud: _____ / _____ / _____

Observaciones: _____

B. Departamentos de Planeamiento Urbano

Fecha de Recibido de Solicitud: _____ / _____ / _____

Por: _____

Zona: Urbana Rural Clave Catastral: _____

La actividad: Si es viable No es viable

Observaciones: _____

Jefe de Departamento

C. Departamento Municipal Ambiental (D.M.A.)

Fecha de Recibido de Solicitud: _____ / _____ / _____

Observaciones: _____

Jefe de Departamento

D. Cuerpo de Bomberos

Fecha de Recibido de Solicitud: _____ / _____ / _____

Observaciones: _____

Comandante del Cuerpo de Bomberos

E. Departamento Municipal de Justicia

Fecha de Recibido de Solicitud: _____ / _____ / _____

Observaciones: _____

Jefe de Departamento