



Municipalidad De Santa Rosa De Copán

Honduras C.A.



DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO

FORMULARIO UNICO PARA LA APERTURA DE NEGOCIO Y RENOVACION DE PERMISOS DE OPERACION

Declaración Jurada de Impuestos sobre Industria Comercio y Servicios - Artículo No.78 Decreto Legislativo Reformado No 48 - 91

C.1	C.2	C.3	ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO				
			NO. DECLARACIÓN	MAPA	BLOQUE	PREDIO	CODIGO
1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			RTN		Comerciante individual <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> S. de R.L. <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> Especifique: _____ FORMA JURIDICA
2. DIRECCIÓN DEL NEGOCIO		BARRIO, COLONIA O ALDEA		CALLE O AVENIDA		NÚMERO DE CASA	TELÉFONO/CELULAR
FAX		APARTADO POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		PAGINA WEB	
3. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO O REP. LEGAL		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
NO. IDENTIDAD		NACIONALIDAD		CELULAR		CORREO ELECTRONICO	
SEXO		M	F	FECHA DE NACIMIENTO		DIA	MES
4. DOMICILIO DEL PROPIETARIO O REP. LEGAL		BARRIO / COLONIA		CALLE O AVENIDA		NO. DE CASA	
5. RUBRO DE ACTIVIDAD DEL NEGOCIO		INDUSTRIA <input type="checkbox"/>	SERVICIOS <input type="checkbox"/>	FRANQUICIA/REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/>			
		COMERCIO <input type="checkbox"/>	ARTESANIA <input type="checkbox"/>	OTROS (ESPECIFIQUE): _____			
6. ESTA SU NEGOCIO AFILIADO A ALGUN GREMIO O ASOCIACIÓN?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cual?: _____	
FECHA DE INICIO		DIA	MES	INVERSIÓN O CAPITAL INICIAL EN		VOLÚMEN DE VENTAS ESTIMADO 3 MESES: (Apertura)	
ACTIVIDADES		AÑO		LEMPIRAS:			
VOLÚMEN ANUAL DE VENTAS (renovación):		1:	2:	3:	4:		
7. SI SU NEGOCIO CUENTA CON UNO O MÁS DE LOS				8. TIENE RÓTULOS, ANUNCIOS O VALLAS (Marque el tipo de rótulo y material)			
MESAS DE BILLAR <input type="checkbox"/>		EQUIPO DE SONIDO <input type="checkbox"/>		TIPO DE RÓTULO:		LETRAS INDIVIDUALES <input type="checkbox"/>	
MESAS DE FUTBOLITO <input type="checkbox"/>		COMPUTADORAS <input type="checkbox"/>		VOLANTE PERPENDICULAR <input type="checkbox"/>		CRUZADO CALLE <input type="checkbox"/>	
MAQUINITAS TRAGA-MONEDAS/ATARI <input type="checkbox"/>		JUEGO DE VIDEO CON TV <input type="checkbox"/>		HORIZONTAL AL EDIFICIO <input type="checkbox"/>		LUMINOSOS <input type="checkbox"/>	
				TIPO MATERIAL:		METROS: _____	
				METAL O MADERA <input type="checkbox"/>		CERÁMICA <input type="checkbox"/>	
				LOGOTIPOS <input type="checkbox"/>			
9. CANTIDAD DE TRABAJADORES:		PEMANENTES: _____		HOMBRES: _____		MUJERES: _____	
		TEMPORALES: _____		HOMBRES: _____		MUJERES: _____	
		FAMILIARES: _____		HOMBRES: _____		MUJERES: _____	
JURO QUE LA PRESENTE DECLARACION CONTIENE INFORMACION ESTIMADA DE LOS INGRESOS A OBTENER DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES, DECLARADO DE ACUERDO A LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE. (Unicamente para apertura de negocios)							
SANTA ROSA DE COPAN, _____ DE _____ DEL 20_____.							
_____ Firma del propietario							
ESPACIO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO							
RECIBIDO EL _____ DE _____ DEL 20_____. TASADO POR: _____							
PERMISO ENTREGADO A: _____ EL _____ DE _____ DEL 20_____.							
ENTREGADO POR: _____							
NOTA: El presente formulario debe ir acompañado de los requisitos para la renovación por sectores definidos en la municipalidad.							
-- En caso de cierre operaciones del negocio, el propietario deberá notificarlo y presentar declaración de ingresos a la fecha de cierre en la municipalidad.							
10. HA RECIBIDO UD. O SU EMPRESA ALGUNA VEZ SERVICIOS DE CAPACITACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA O ASESORÍA?							
Tipos: 1. Capacitación en administración 2. Capacitación Técnica 3. Asesoría o asistencia técnica 4. Ventas 5. Asociatividad 6. Otros							
TIPO	SERVICIO RECIBIDO		INSTITUCIÓN		FECHA (DD/MM/AA)		
1	Ejemplo: Curso de soldadura a empleados		E T A O O		25/02/1973		
	_____		_____		_____		
	_____		_____		_____		
	_____		_____		_____		
	_____		_____		_____		
11. QUE REQUERIMIENTOS TIENE ACTUALMENTE SU EMPRESA EN LOS SIGUIENTES RUBROS?:							
CAPACITACIÓN			ASISTENCIA TÉCNICA			OTROS	
1 Ej. Manejo de alimentos			Ej. Hacer balances y estados financieros			Ej. Estudio de Mercado	

2			
3			
4			

12. CUALES SON LOS PRINCIPALES PRODUCTOS O SERVICIOS (o rubros) QUE SU EMPRESA BRINDA O PRODUCE?				
PRODUCTO, BIEN O SERVICIO	Donde lo vende? (%)			En caso de exportar, a que paises lo hace?
	Local (SRC)	Nacional	Exporta	
1				1
2				2
3				3
4				4
5				5

Si es una empresa que comercializa con muchos productos o servicios agruparlos por rubros. Ej. Alimentos

13. RÉGIMEN DE EXPORTACIÓN UTILIZADO:	DEFINITIVA		ESPECIAL		ZONA FRANCA		ADMISIÓN TEMPORAL	
---------------------------------------	------------	--	----------	--	-------------	--	-------------------	--

14. QUE INSUMOS Y MATERIAS PRIMAS OCUPA HABITUALMENTE SU EMPRESA? Y CON QUE FRECUENCIA?				
MATERIA PRIMA / INSUMO	NACIONAL(%)	IMPORTADO(%)	FRECUENCIA	S, M o A
1			Veces por	<input type="text"/>
2			Veces por	<input type="text"/>
3			Veces por	<input type="text"/>
4			Veces por	<input type="text"/>

S= SEMANA
M= MES
A=AÑO

15. DETALLE LOS SERVICIOS QUE SU EMPRESA NORMALMENTE OCUPA:							
TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	MANTENIMIENTO INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	INNOVACIÓN TECNOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	DESARROLLO SISTEMA DE PROVEEDORES	<input type="checkbox"/>
SEGUROS	<input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/>	COMERCIALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>
PROMOCION	<input type="checkbox"/>	CRÉDITO	<input type="checkbox"/>	ASOCIATIVIDAD	<input type="checkbox"/>	CERTIFICACION DE CALIDAD	<input type="checkbox"/>

OTROS (Detallar): _____

16. TIENE EXPERIENCIA DE HABER SIDO CONTRATADO POR OTRAS EMPRESAS?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	TIEMPO EN: SEMANAS	<input type="text"/>	MESES:	<input type="text"/>	AÑOS:	<input type="text"/>
--	----	--------------------------	----	--------------------------	--------------------	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

17. EN CASO AFIRMATIVO PUEDE MENCIONAR ALGUNAS REFERENCIAS DE QUIENES LE CONTRATARON?			
EMPRESAS	PRODUCTOS	VOLÚMEN	NÚMERO DE CONTRATOS
1			
2			

18. TIENE EXPERIENCIA DE HABER USTED CONTRATADO OTRAS EMPRESAS?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	TIEMPO EN: SEMANAS	<input type="text"/>	MESES:	<input type="text"/>	AÑOS:	<input type="text"/>
---	----	--------------------------	----	--------------------------	--------------------	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

19. QUE ES LO QUE A USTED LE INTERESARÍA SUBCONTRATAR DE OTRA EMPRESA?	AHORA MISMO	1		EN EL FUTURO	1	
		2			2	
		3			3	
		4	NADA(marcar)		4	NADA(marcar)

CONOCE USTED A ADELSAR?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	COMO LE PARECE EL SERVICIO QUE BRINDA?	BIEN	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>	MAL	<input type="checkbox"/>
-------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	--	------	--------------------------	---------	--------------------------	-----	--------------------------