



ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHALCHUAPA

Conmutador: 2402-7800 • Tesorería: 2402-7810
Email: alcaldia@chalchuapa.gob.sv



No.

F - 04

SOLICITUD DE TRASLADO DE NEGOCIO

Fecha del Traslado: (Día) (Mes) (Año)

Señor Jefe de la Unidad de Administración Tributaria Municipal:
Atentamente solicito **Inscripción de Traslado del negocio de mi propiedad**, para lo cual proporciono la información siguiente:

Datos del Propietario

Nombre: _____

DUI No. ANEXAR COPIA DE DUI NIT No. ANEXAR COPIA DE NIT

Dirección: _____

Teléfono No. Celular No.

Datos de la Empresa o Negocio

Nombre de la Empresa o Negocio: _____

Dirección Anterior: _____

Giro de la Empresa o Negocio: _____

NIT de la Empresa No. _____ Teléfono No. _____

Matrícula de Comercio No. _____ (Día) (Mes) (Año)

Dirección Actual

DECLARACION JURADA

Yo, _____
atuando en calidad de propietario, declaro bajo juramento que los datos proporcionados anteriormente son verídicos y apegados a la realidad y autorizo a la municipalidad para que sean verificados cuando se considere necesario y asumo la responsabilidad correspondiente.

Lugar: _____, ____ de _____ de _____.

Anexo: Arrendamiento del Inmueble Sí No

Firma del Propietario

Original: Expediente Municipal

Copia: Propietario