



Alcaldía Municipal de Ilopango



Departamento Registro Tributario
Avenida Miguel Mármol y Calle Francisco Menéndez. Ilopango,
Tel.: 2536 5210, E-Mail: r.tributario@alcaldiadeilopango.gob.sv

Yo, _____

Mayor de edad, profesión u oficio: _____

D.U.I. No. _____ N. I. T. _____ REG. FISCAL: _____

Con domicilio en: _____

_____ Tel. _____

Lugar de trabajo en: _____

_____ Tel. _____

E-mail _____

MARQUE CON UNA X EL ESPACIO CORRESPONDIENTE A SU SOLICITUD

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Calificación de Inmueble _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Permiso de Habitar _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Traspaso de Cuenta _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Rectificación de Rubro _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Incorporación de Rubro _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Permiso de Construcción _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Calificación de Empresa _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Calificación de Negocio _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cierre de Cuenta _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Otros _____ |

A continuación haga su descripción de lo que solicita: _____

En un inmueble propiedad de: _____

Situado en la siguiente dirección: _____

SI ES PERSONA NATURAL: Nombre comercial del Negocio: _____

SI ES PERSONA JURÍDICA, colocar: Nombre de Representante: _____

D.U.I. No. _____ N.I.T. _____ REG. FISCAL: _____

Por resolver favorablemente a lo antes solicitado quedo de usted, agradecido. Ilopango, a los _____ días del mes de _____ de dos mil _____.

NOTA: Para toda clase de trámite, deberá estar **SOLVENTE** con el pago de sus impuestos y tasas por servicios.

F _____
Firma del solicitante.

CÓDIGO: _____
FECHA DE RECEPCIÓN: _____
FECHA DE ENTREGA: _____
RECIBIDO POR: _____