

**FORMULARIO UNICO COMERCIO EVENTUAL
(AMBULANTES/ESTABLECIDOS)**

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD TORRES DEL PINE
DIRECCION DE FINANZAS
DEPTO. DE RENTAS Y PATENTES**

I. AUTORIZACION PREVIA:

FECHA:

NOMBRE: _____

R.U.T. /C.I.: _____

REPRESENTANTE Y RUT: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

LUGAR AUTORIZADO: _____

PERIODO AUTORIZADO: _____

ACTIVIDAD A DESARROLLAR: _____

_____ FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO _____

LA PRESENTE ES UNA AUTORIZACION PREVIA, **NO ACREDITA PERMISO NI PATENTE COMERCIAL**, LA CUAL SERÁ DEFINITIVA CUANDO SE ACREDITE EL CUMPLIMIENTO ANTE LOS ORGANISMOS PERTINENTES :

SEREMIA DE SALUD PUERTO NATALES

SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS

II. AUTORIZACION DEFINITIVA:

FECHA:

SE OTORGA LA AUTORIZACION DEFINITIVA PARA EJERCER LA ACTIVIDAD

DECLARADA EN EL PERIODO Y LUGAR MENCIONADO ANTERIORMENTE.

_____ FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO _____

SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD XII REGION
OFICINA PROVINCIAL DE ULTIMA ESPERANZA

FECHA:

EL FUNCIONARIO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE ESTE SERVICIO AUTORIZA A LA PERSONA IDENTIFICADA EN EL SEGMENTO DE ESTE FORMATO PARA :

ACTIVIDAD:

CONDICIONES:

PERIODO:

RES. N° FECHA:

MONTO DERECHOS PAGADOS: \$

BOLETIN N° DEL:

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS
XII DIRECCION REGIONAL PUNTA ARENAS
UNIDAD PUERTO NATALES

FECHA:

EL FUNCIONARIO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE ESTE SERVICIO AUTORIZA A LA PERSONA IDENTIFICADA EN EL SEGMENTO I DE ESTE FORMATO PARA DESARROLLAR LA SIGUIENTE ACTIVIDAD :

ACTIVIDAD:

PERIODO:

CAPITAL DECLARADO : \$

ORDEN DE GIRO N° : FECHA:

MONTO IMPUESTO : \$

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO