



SECRETARÍA DE FINANZAS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO  
GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA



DECLARACIÓN ANUAL INFORMATIVA  
IMPUESTO SOBRE DEMASÍAS CADUCAS

**FDIE-DCA**

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

(Número) DELEGACIÓN O SUBDELEGACIÓN FISCAL (Nombre)

REC/RFC

CURP

GENERO  
 HOMBRE  MUJER

TIPO DE DECLARACIÓN	PERIODO	COMPLEMENTARIA
NORMAL <input type="checkbox"/>	EJERCICIO FISCAL <input type="text"/> AÑO	EN CASO DE COMPLEMENTARIA, ANOTE LA FECHA DE LA DECLARACIÓN INMEDIATA ANTERIOR <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO
COMPLEMENTARIA <input type="checkbox"/>		FOLIO DE LA DECLARACIÓN <input type="text"/>

**DOMICILIO FISCAL**

CALLE  NO. Y/O LETRA EXTERIOR  NO. Y/O LETRA INTERIOR

COLONIA  MUNICIPIO  CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD  REFERENCIA

REFERENCIA (ENTRE LAS CALLES DE)  TELÉFONO  CORREO ELECTRÓNICO

**DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO**

1 TOTAL DE REMANENTES ANUALES <input type="text"/>	3 BENEFICIOS, ESTÍMULOS O SUBSIDIOS ANUALES <input type="text"/>
2 IMPUESTO DETERMINADO ANUAL (1 POR TASA 10%) <input type="text"/>	4 IMPUESTO A CARGO ANUAL (2-3) <input type="text"/>

**DATOS INFORMATIVOS**

1 NOMBRE COMERCIAL

2 No. DE ESTABLECIMIENTOS O SUCURSALES

3 No. DE PRESTAMOS QUE DECLARA

4 CUENTA CON TRABAJADORES SI  NO  5 No. DE TRABAJADORES

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA DECLARACIÓN SON CIERTOS

FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL CONTRIBUYENTE O BIEN DEL REPRESENTANTE LEGAL QUIEN MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE A ESTA FECHA EL MANDATO CON EL QUE SE OSTENTA NO LE HA SIDO MODIFICADO O REVOCADO

FECHA, NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CADENA DIGITAL