



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 <input type="text"/> APELLIDO PATERNO <input type="text"/> APELLIDO MATERNO <input type="text"/> NOMBRE (S) <input type="text"/>	(Número) DELEGACIÓN O SUBDELEGACIÓN FISCAL (Nombre) <input type="text"/>
	REC/RFC <input type="text"/>
	CURP <input type="text"/>
	GENERO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>

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

DOMICILIO FISCAL			
CALLE	<input type="text"/>	NO. Y/O LETRA EXTERIOR	<input type="text"/>
NO. Y/O LETRA INTERIOR	<input type="text"/>	COLONIA	<input type="text"/>
MUNICIPIO	<input type="text"/>	CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	REFERENCIA	<input type="text"/>
REFERENCIA (ENTRE LAS CALLES DE)	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>		

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	<input type="text"/>		
2 No. DE ESTABLECIMIENTOS O SUCURSALES	<input type="text"/>		
3 No. DE PRESTAMOS QUE DECLARA	<input type="text"/>		
4 CUENTA CON TRABAJADORES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	5 No. DE TRABAJADORES <input type="text"/>

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