



SECRETARÍA DE HACIENDA
SUBSECRETARÍA DE INGRESOS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECAUDACIÓN
REGISTRO ESTATAL DE CONTRIBUYENTES

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Marque con una "X" el trámite a efectuar <input type="checkbox"/> Alta por: | | <input type="checkbox"/> Inicio de operaciones <input type="checkbox"/> Sustitución Patronal <input type="checkbox"/> Fusión <input type="checkbox"/> Escisión | Clave de Agencia Fiscal (Tesorería) | Número de empleados | Registro Patronal (IMSS) | Número de Referencia |
| <input type="checkbox"/> Suspensión de Actividades <input type="checkbox"/> Baja de Establecimiento <input type="checkbox"/> Reanudación de Actividades <input type="checkbox"/> Cambio | | Fecha de Inicio de Operaciones | | | | |
| Especifique Cambio | | SAT | | IMSS | | Apertura de establecimiento o local |
| | | No. de Concesión Transportista | | No. de Licencia de Alcoholes | | Fecha de Nacimiento o Firma de Escritura Constitutiva |
| | | Dirección de Correo Electrónico | | | Clave de CURP | |
| Marque con una "X" la Categoría del Establecimiento a que se refiere esta Solicitud | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Matriz | <input type="checkbox"/> Oficina Administrativa | | <input type="checkbox"/> Sucursal | <input type="checkbox"/> Bodega |
| Datos del Contribuyente | | | | Cambio de Datos del Contribuyente | | |
| R.F.C. | | | | R.F.C. | | |
| Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) o Denominación Social | | | | Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) o Denominación Social | | |
| Domicilio del Contribuyente | | | | Cambio de Domicilio del Contribuyente | | |
| Calle, Número y Letra Interior y Exterior | | | | Calle, Número y Letra Interior y Exterior | | |
| Entre calles | | | | Entre calles | | |
| Colonia | | Código Postal | Teléfono | | | |
| Localidad | | Municipio | | Localidad | | Municipio |
| Datos del Establecimiento (o Negocio) | | | | Cambio de Datos del Establecimiento (o Negocio) | | |
| Nombre Comercial del Establecimiento | | | | Nombre Comercial del Establecimiento | | |
| Domicilio del Negocio (o Local Comercial) | | | | Cambio de Domicilio del Negocio (o Local Comercial) | | |
| Calle, Número y Letra Interior y Exterior | | | | Calle, Número y Letra Interior y Exterior | | |
| Entre calles | | | | Entre calles | | |
| Colonia | | Código Postal | Teléfono | | | |
| Localidad | | Municipio | | Localidad | | Municipio |
| Descripción y Clave de Giro o Actividad Preponderante | | | | Descripción y Clave de Giro o Actividad Preponderante | | |
| Observaciones | | | | | | |
| Marque con una "X" las Obligaciones Fiscales Estatales | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Impuesto Sobre Remuneraciones al Trabajo Personal | | <input type="checkbox"/> Impuesto Sobre Automóviles Nuevos (I.S.A.N.) | | <input type="checkbox"/> Yunque y Recicladoras | | |
| <input type="checkbox"/> Imp. Gral. al Comercio, a la Industria y Prestación de Servicios | | <input type="checkbox"/> Impuesto Sobre Premios y Sorteos (6%) | | <input type="checkbox"/> Otros | | |
| <input type="checkbox"/> Derecho de Revalidación de Licencia de Alcoholes | | <input type="checkbox"/> Casas de Empeño | | | | |
| Nombre del Contribuyente, Representante Legal, Liquidador o Síndico | | | | | R.F.C. del Representante Legal, Liquidador o Síndico | |
| Firma del Contribuyente, Representante Legal, Liquidador o Síndico | | | | Nombre del Agente o Sub Agente Fiscal (o Tesorero Municipal) | | |
| Fecha de Recibido | | Sello de la Oficina Recaudadora (Agencia Fiscal) | | Firma del Agente o Sub Agente Fiscal (o Tesorero Municipal) | | |

EN CASO DE CAMBIO, LLENARSE LO CORRESPONDIENTE A LA MODIFICACIÓN (COLUMNA DERECHA)

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 27 del Código Fiscal de la Federación y Artículo 33 del Código Fiscal para el Estado de Sonora en vigor, hago constar bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados en este formato son reales.
 Nota: en caso de presentar aviso de sucursal u Oficina Administrativa, deberá desagregar los datos correspondientes a la Oficina Matriz Ubicada en el Estado en la columna superior izquierda correspondiente a los datos del contribuyente.
 Tratándose de cambio, deberán llenarse los datos actuales en la columna izquierda y los correspondientes al cambio en la columna derecha.