



REGISTRO ESTATAL DE CONTRIBUYENTES



Registro Federal de Contribuyentes

Lugar de emisión

Nombre o razón social

Fecha de Emisión

Datos del Contribuyente

Clave REC:

RFC:

Nombre o Razón Social:

Domicilio Fiscal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Fecha de Inscripción al REC:

Obligaciones del Contribuyente

PADRÓN

PERIODOS DE PAGO



Palacio de Gobierno. Comonfort y Dr. Paliza. Planta Baja. Col. Centenario C.P. 83260

Orientación y Asistencia al Contribuyente

Tel.8003127011 Email: infocontribuyente@sonora.gob.mx

Hermosillo, Sonora | www.hacienda.sonora.gob.mx/



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

<p>Marque con una "X" el trámite a efectuar</p> <p><input type="checkbox"/> Alta por:</p> <table style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Inicio de operaciones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sustitución Patronal</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Fusión</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Escisión</td></tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Suspensión de Actividades</p> <p><input type="checkbox"/> Baja de Establecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Reanudación de Actividades</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Especifique Cambio</p>	<input type="checkbox"/>	Inicio de operaciones	<input type="checkbox"/>	Sustitución Patronal	<input type="checkbox"/>	Fusión	<input type="checkbox"/>	Escisión	<p>Clave de Agencia Fiscal (Tesorería)</p>	<p>Número de empleados</p>	<p>Registro Patronal (IMSS)</p>	<p>Número de Referencia</p>
<input type="checkbox"/>	Inicio de operaciones											
<input type="checkbox"/>	Sustitución Patronal											
<input type="checkbox"/>	Fusión											
<input type="checkbox"/>	Escisión											
Fecha de Inicio de Operaciones												
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												
Matriz		Oficina Administrativa	Sucursal	Bodega								
Datos del Contribuyente			Cambio de Datos del Contribuyente									
R.F.C.			R.F.C.									
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	Télefono	Colonia	Código Postal								
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	Télefono	Colonia	Código Postal								
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 Renumerações 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.~~