GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE FINANZAS
FORMULARIO ÚNICO DE PAGO DE IMPUESTOS ESTATALES

IMPUESTOS

MARQUE CON UNA "X"

Clave	Descripción
☐ 1	**SOBRE NÓMINAS**
☐ 2	**SOBRE SERVICIOS DE HOSPEDAJE**
☐ 3	**AL COMERCIO DE LIBROS, PERIÓDICOS Y REVISTAS**
☐ 4	**SOBRE LOTERÍAS, RIFAS, SORTEOS Y CONCURSOS**
☐ 5	**SOBRE LA EXTRACCIÓN DE MATERIALES DEL SUELO Y SUBSUELO**

TIPO DE DECLARACIÓN

MARQUE CON UNA "X"

☐ NORMAL ☐ PRIMERA PARCIALIDAD

☐ COMPLEMENTARIA N° _____ ☐ CORRECCIÓN

PERIODO

MES ☐☐ AÑO ☐☐

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S), DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DETALLES DEL IMPUESTO

CONCEPTO		IMPORTE
Base gravable		
Impuesto causado		
Retenciones		
Subtotal de impuestos		
Actualización		
Recargos		
Multa extemporánea		
Multa por incumplimiento		
Multa por corrección fiscal		
Honorarios y/o gtos. de ejec.		
Subtotal		
Pendientes de compensar		
Saldo	a cargo	
	a favor	
Declaración que rectifica		
Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐		
Neto	A cargo	
	a favor	
Monto de la parcialidad		
Descontada la primera		
CANTIDAD A PAGAR		

CUESTIONARIO

PARA SER LLENADO EN CASO DEL IMPUESTO SOBRE NÓMINAS:

NÚMERO DE EMPLEADOS DEL MES QUE SE DECLARA ☐☐☐

PARA SER LLENADO EN CASO DEL IMPUESTO SOBRE SERVICIOS DE HOSPEDAJE:

NÚMERO DE HABITACIONES OCUPADAS EN EL MES QUE SE DECLARA ☐☐☐

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

_____

NOMBRE, R.F.C. Y FIRMA DEL CONTRIBUYENTE, RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

CERTIFICACIÓN DEL SELLO DE LA OFICINA AUTORIZADA

SE PRESENTA POR TRIPLICADO