



2015 - 2021



Secretaría de Finanzas y Administración

Gobierno del Estado de Michoacán

Aviso de Inscripción al Registro Estatal de Contribuyentes

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	CURP	NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INDIQUE CON UNA "X" SEGÚN SE TRATE

MATRIZ <input type="checkbox"/>	AVISO NORMAL <input type="checkbox"/>	PERSONA FÍSICA <input type="checkbox"/>
SUCURSAL <input type="checkbox"/>	AVISO COMPLEMENTARIO <input type="checkbox"/>	PERSONA MORAL <input type="checkbox"/>

INDIQUE CON UNA "X" SEGÚN LA OBLIGACION QUE SE TRATE

FECHA DE INICIO DE OPERACIONES

<input type="checkbox"/> Impuesto sobre Servicios de Hospedaje	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Impuesto sobre Erogaciones Por Remuneración al Trabajo Personal	<input type="text"/>

DOMICILIO FISCAL ESTATAL

APELLIDOS PATERNO , MATERNO Y NOMBRE (S), DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL			
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)		COLONIA	
ENTRE LA CALLE DE		Y LA CALLE DE	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	TELÉFONO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO (De conformidad con el Art. 44 Fracc. I del Impuesto Sobre Servicios de Hospedaje y Art. 56 Fracc. I del Impuesto sobre erogaciones por remuneración al trabajo personal, prestado bajo la dirección y dependencia de un patrón, de conformidad de la Ley de Hacienda del estado de Michoacán vigente).

NOMBRE COMERCIAL			
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)		COLONIA	
ENTRE LA CALLE DE		Y LA CALLE DE	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	TELÉFONO

DATOS INFORMATIVOS

(Únicamente deberá de marcar un recuadro, el que corresponda a la actividad Económica que realiza)

CONTRIBUYENTES SUJETOS AL IMPUESTO SOBRE SERVICIOS DE HOSPEDAJE

<input type="checkbox"/> HOTEL	<input type="checkbox"/> MESÓN	<input type="checkbox"/> VILLA	<input type="checkbox"/> CASA DE HUÉSPEDES	<input type="checkbox"/> CAMPAMENTO DE CASAS RODANTES
<input type="checkbox"/> MOTEL	<input type="checkbox"/> HOSTERIA	<input type="checkbox"/> CABAÑA	<input type="checkbox"/> HACIENDA	<input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFIQUE): _____
<input type="checkbox"/> POSADA	<input type="checkbox"/> CAMPAMENTO	<input type="checkbox"/> BUGFALOW	<input type="checkbox"/> TIEMPOS COMPARTIDOS	

CONTRIBUYENTES SUJETOS AL IMPUESTO SOBRE EROGACIONES POR REMUNERACIÓN AL TRABAJO PERSONAL, PRESTADO BAJO LA DIRECCIÓN Y DEPENDENCIA DE UN PATRÓN

(Si es un Ente de Gobierno Únicamente Indique el nivel)

<input type="checkbox"/> FEDERAL	<input type="checkbox"/> BANCA	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO COMERCIAL	<input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN
<input type="checkbox"/> ESTATAL	<input type="checkbox"/> HOTELERA	<input type="checkbox"/> EMPRESAS CONSTRUCTORAS	<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN
<input type="checkbox"/> MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> MINERÍA	<input type="checkbox"/> INDUSTRIA MAQUILADORA	<input type="checkbox"/> RESTAURANTERA
	<input type="checkbox"/> PESCA	<input type="checkbox"/> INDUSTRIA EN GENERAL	<input type="checkbox"/> SALUD
	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE): _____	

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados en este documento son verdaderos

SELLO DE LA OFICINA ECAUDADORA

Nombre y firma del contribuyente. Tratándose de Personas Morales, Nombre, RFC y Firma del Representante Legal