



SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CONTRIBUCIONES LOCALES

LIC. SILVIA KARINA GUTIÉRREZ DAUTT, TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE RECAUDACIÓN DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DEL ESTADO DE SINALOA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ART.70 DEL CÓDIGO FISCAL DEL ESTADO DE SINALOA Y DEMÁS RELATIVOS EN LAS DISPOSICIONES FISCALES LOCALES; SOLICITO LA DEVOLUCIÓN DE CONTRIBUCIONES LOCALES SEÑALADAS EN LA PRESENTE SOLICITUD.

OFICINA RECAUDADORA DE RENTAS

FECHA DE PRESENTACIÓN
DÍA MES AÑO

NO. FOLIO DEVOLUCIÓN

I.-NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO FISCAL PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES (EL DOMICILIO PROPORCIONADO DEBE SER DEL ESTADO DE SINALOA)			
APELLIDO: PATERNO		MATERNO	
NOMBRE(S) O RAZÓN SOCIAL			
RFC		CURP	
CALLE,		No. EXTERIOR O INTERIOR	PLANTA
COLONIA			
POBLACIÓN		MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
II.-DATOS DE LA ESCRITURA CONSTITUTIVA Y PODER DEL REP.LEGAL (EN EL CASO DE PERSONAS MORALES)			
DATOS DE LA ESCRITURA CONSTITUTIVA y PODER		FECHA DE LA CONSTITUCIÓN	
NÚMERO DE ACTA CONSTITUTIVA/PODER		FOLIO MERCANTIL	
NOMBRE DEL REP.LEGAL.			
III.-DATOS DE LA DEVOLUCIÓN			
TIPO-NOMBRE DE CONTRIBUCIÓN		PERIODO SOLICITADO EN DEVOLUCIÓN	MONTO DE LO SOLICITADO EN DEVOLUCIÓN
		PERIODO	AÑO
			\$
MONTO CON LETRA ()			
IV.-MOTIVOS DE LA DEVOLUCIÓN (marcar X o describir)			
PAGO DE LO INDEBIDO		RFC INCORRECTO	OTROS:
PERIODO INCORRECTO		PAGO DUPLICADO	



SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CONTRIBUCIONES LOCALES

V.- EXPLICACIÓN CLARA Y CONCISA DEL MOTIVO DE LA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN, EN CASO DE NO SER SUFICIENTE ESTE ESPACIO, ELABORAR ESCRITO LIBRE.

VI.-DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A LA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN

VII.-FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Firma del Contribuyente o Representante Legal.

En cumplimiento a las Disposiciones Legales Declaro Bajo protesta de decir verdad que los datos plasmados en la presente solicitud de devolución son verídicos; para lo cual autorizo a esta Dirección de Recaudación del SATES realizar las investigaciones necesarias para el trámite correspondiente.

VIII.-ACUSE DE RECIBIDO DE LA OFICINA DE RECAUDACIÓN DE RENTAS

Esta solicitud y la documentación, deberán presentarse en cualquier oficina recaudadora del Estado de Sinaloa (excepto Módulos de Recaudación) en horario de **8:00 a 15:00 hrs**, de lunes a viernes. En la Ciudad de Culiacán, Sinaloa, se podrán presentar en la Unidad de Servicios Estatales (USE).

Para el **seguimiento de su solicitud de devolución** o ante cualquier duda al respecto, pueden comunicarse al teléfono: **6677 58 70 00 extensiones 40517, 40473 o 40579.**