



SINALOA
GOBIERNO DEL ESTADO

DECLARACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE NÓMINAS



SATES
SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN
TRIBUTARIA DEL ESTADO DE SINALOA

OFICINA RECAUDADORA
(USO EXCLUSIVO DE LA AUTORIDAD)

REGISTRO FEDERAL
DE CONTRIBUYENTES

FECHA DE
PRESENTACIÓN

CLAVE DE
CONTRIBUYENTE

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

CALLE Y NÚMERO EXTERIOR Y/O INTERIOR O LETRA

COLONIA

POBLACIÓN

MUNICIPIO

TELÉFONO

CÓDIGO POSTAL

TIPO DE DECLARACIÓN

☐ NORMAL ☐ COMPLEMENTARIA ☐ CORRECCIÓN FISCAL
☐ DICTAMEN ☐ FISCALIZACIÓN

FECHA DE LA
DECLARACIÓN
ANTERIOR

DÍA / MES / AÑO

PERIODICIDAD

☐ MENSUAL
☐ BIMESTRAL
☐ TRIMESTRAL

PERIODO
DECLARADO

PERIODO AÑO

N° DE
EMPLEADOS

TIPO DE DECLARANTE

☐ PROPIO

☐ RETENEDOR

☐ PRESTADOR DE SERVICIOS

ANEXO ☐

CÁLCULO DEL IMPUESTO

A. TOTAL DE EROGACIONES

B. EROGACIONES EXENTAS

C. TOTAL DE EROGACIONES GRAVADAS (A - B)

D. IMPUESTO CAUSADO *

E. CERTIFICADO DE PROMOCIÓN FISCAL NÚMERO

F. IMPUESTO RETENIDO

G. MONTO PAGADO CON ANTERIORIDAD

H. IMPUESTO A PAGAR (D - E - F - G)

I. PARTE ACTUALIZADA **

J. DIFERENCIA A PAGAR (H + I)

K. RECARGOS

L. MULTAS

M. HONORARIOS

N. GASTOS DE COBRANZA

O. TOTAL A PAGAR (J + K + L + M + N)

* El campo «D. IMPUESTO CAUSADO» Resultará de aplicar la tasa establecida en el artículo 18 de la Ley de Hacienda del Estado de Sinaloa.

** Se anotará la diferencia entre el impuesto y el mismo ya actualizado, conforme lo dispone el Código Fiscal del Estado de Sinaloa.

ESTE FORMATO SE PRESENTA POR DUPLICADO
SE AUTORIZA LA LIBRE IMPRESIÓN DE ESTE FORMATO.

EN CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE HACIENDA DEL ESTADO Y DEMÁS LEYES FISCALES RELATIVAS, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y BAJO MI ESTRICTA RESPONSABILIDAD, QUE LOS DATOS ANOTADOS EN ESTA DECLARACIÓN, ESTÁN APEGADOS A LA REALIDAD.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O
SU REPRESENTANTE LEGAL.