

SELLO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD

MES DE INICIO MES DE TÉRMINO
PERIODO QUE CORRESPONDE MES AÑO MES AÑO

HOJA DE HOJA

REGISTRO ESTATAL DE CONTRIBUYENTES

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)			
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL					
CALLE	CRUZAMIENTOS	NO. INT. Y LETRA	NO. EXT. Y LETRA	NOMBRE COMERCIAL	
COLONIA Y/O FRACCIONAMIENTO	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	CORREO

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

1.-	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	ESPECIALIDAD			
DOMICILIO FISCAL DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	CALLE	CRUZAMIENTOS	NO. INT. Y LETRA	NO. EXT. Y LETRA	KM Y/O TABLAJE CATASTRAL	TELÉFONO
	COLONIA Y/O FRACCIONAMIENTO	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	CORREO
	2.-	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	ESPECIALIDAD		
	CALLE	CRUZAMIENTOS	NO. INT. Y LETRA	NO. EXT. Y LETRA	KM Y/O TABLAJE CATASTRAL	TELÉFONO
	COLONIA Y/O FRACCIONAMIENTO	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	CORREO

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES		DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA DECLARACIÓN SON CIERTOS
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN		
PRIMER APELLIDO		
SEGUNDO APELLIDO		
NOMBRE(S)		

FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL QUIEN MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE A ESTA FECHA EL MANDATO QUE SE OSTENTA NO LE HA SIDO MODIFICADO O REVOCADO

INSTRUCCIONES:

- Deberá llenarse a máquina de escribir o computadora sin tachaduras o enmendaduras. En el caso de llenado a mano, se deberá utilizar letra de molde, empleando mayúsculas, a tinta negra o azul. Deberá anotar las cantidades sin centavos en los campos establecidos, alineadas a la derecha.
- Anotará su Registro Estatal de Contribuyentes, en caso de encontrarse inscrito en dicho registro.
- Se anotará en el periodo que corresponda utilizando dos números arábigos para el mes y cuatro para el año: Ejemplo: Enero de 2026: 01 2026
- Esta declaración deberá presentarse en las oficinas recaudadoras autorizadas.
- En caso de que la cantidad de servicios no corresponda a la especialización, llenar dicha descripción en un siguiente apartado.
- Se podrán utilizar tantas hojas como sean necesarias. En su caso, favor de indicar el número correspondiente de cada hoja.

PARA DUDAS EN EL LLENADO DE ESTA FORMA FISCAL, PUEDE COMUNICARSE AL CCT AL TELÉFONO 9-30-30-00, EN EL INTERIOR AL 800-999-9000 AL CORREO INSTITUCIONAL aafy@yucatan.gob.mx, WHATSAPP 9992758797

Autoridad: 1 Original

Contribuyente: 1 Original

SE PRESENTA POR DUPLICADO