



DECLARACIÓN
REGISTRO CONTABLE
IMPUESTO MENSUAL SOBRE VENTAS Y/O SERVICIOS

SERIE "A" N° 2976

VALOR C\$ 10.00 (DIEZ CÓRDOBAS)

FECHA DE PRESENTACIÓN

Día	Mes	Año	Cod.
-----	-----	-----	------

AÑO	Marque con una X el mes el cual está declarando	ENERO 1	FEBRE. 2	MARZO 3	ABRIL 4	MAYO 5	JUNIO 6	JULIO 7	AGOST. 8	SEPT. 9	OCT. 10	NOV. 11	DIC. 12
20												X	

DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL	Farmacia Saba S.A	RUC	0310000197849
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN	Castado Norte Hosp. Dr. Ernesto	TELÉFONO	89108565
ACTIVIDAD DEL NEGOCIO	Venta de Medicamentos	CORREO	

BASE GRAVABLE

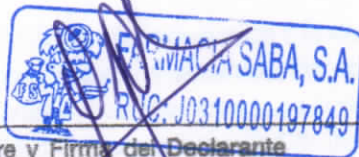
1 VENTAS DE CONTADO Y/O CRÉDITO	Gravadas	1	C\$	61,531.87
2 PRESENTACIONES DE SERVICIOS		2	C\$	
3 EXPORTACIONES		3	C\$	
4 OTROS		4	C\$	
5 VENTAS TOTALES (SUMAR RENGLONES 1 AL 4)		5	C\$	

LIQUIDACIÓN

6 IMPUESTO MUNICIPAL	1 %	6	C\$	615.32
7 PAGO POR SERVICIO DE BASURA		7	C\$	300.00
8 FORMULARIO		8	C\$	
9 TOTAL DECLARADO (SUMA DE RENGLONES 6, 7 Y 8)		9	C\$	
10. MENOS RETENCIONES MUNICIPAL		10	C\$	
11. SALDO A PAGAR (RENLÓN 9 MENOS RENGLÓN 10)		11	C\$	

VALORES TOTALES

12 VALOR A PAGAR (RENLÓN 11)		12	C\$	
13 MULTA SEGÚN ARTO. 68 DEL PLAN DE ARBITRIOS		13	C\$	
14 MULTA POR EVACIÓN (ARTO. 63 DEL PLAN DE ARBITRIOS)		14	C\$	
15 TOTAL A PAGAR (SUMA RENGLÓN 12, 13 Y 14)		15	C\$	915.32



Nombre y Firma del Declarante
o Representante Legal

Nombre y Firma del Funcionario
Receptor

Declaro bajo promesa de Ley que los datos aquí expresados son correcto y exactos de acuerdo a los estipulado en el Plan de Arbitrios Municipal y de existir cualquier alteración u omisión en esta DECLARACIÓN me someto a las sanciones que establecen los artículos 63 y 68 del plan de arbitrios.