DEC-5

SECRETARÍA DE HACIENDA
GOBIERNO DE CHIAPAS

ANEXO LA OPINIÓN PROFESIONAL DEL C.P.R. DEL IMPUESTO. SOBRE NOMINAS PARA EL EJERCICIO FISCAL _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE:

NOMBRE: _____ **R.F.C :** _____

DOMICILIO FISCAL: _____

LOCALIDAD: _____ **MUNICIPIO:** _____

INFORMACIÓN: ANÁLISIS MENSUAL DE INGRESOS

BIMESTRE	CIFRAS DECLARADAS		CIFRAS DICTAMINADAS		DIFERENCIAS A CARGO O A FAVOR
	BASE	IMPUESTO	BASE	IMPUESTO	

ANÁLISIS DE DECLARACIONES PRESTADAS DEL IMPUESTO SOBRE EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

MESES	FECHA DE PRESENTACIÓN	BASE DEL IMPUESTO	TASA	IMPUESTO
TOTAL				

NOTA: EN CASO DE EXISTIR DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS SE DEBERA CONSIDERAR LA ULTIMA DECLARADA

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL DICTAMINADOR **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL**

NUMERO DE REGISTRO ESTATAL: _____ **NO. DE PAGINA** ____ **DE** ____