



SECRETARÍA DE FINANZAS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO
GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA



FORMATO DE LA DECLARACIÓN DEFINITIVA
IMPUESTO SOBRE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPEDAJE

FDBD-HA

FOLIO DE LA DECLARACION

REC/RFC

FOLIO DE LINEA DE PAGO

NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL

TIPO DE DECLARACIÓN	TIPO DE DECLARACIÓN	COMPLEMENTARIA
NORMAL <input type="checkbox"/>	EJERCICIO FISCAL <input type="text"/>	FECHA DE LA DECLARACIÓN INMEDIATA ANTERIOR
COMPLEMENTARIA <input type="checkbox"/>	BIMESTRE <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
CORRECCIÓN FISCAL <input type="checkbox"/>		FOLIO DE LA DECLARACIÓN ANTERIOR PAGADA <input type="text"/>

MOTIVO DE LA DECLARACION SIN PAGO:

DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPEDAJE

A.- BASE GRAVABLE	<input type="text"/>
B.- TASA	<input type="text"/>
C.- IMPUESTO DETERMINADO	<input type="text"/>
D.- ACTUALIZACIÓN	<input type="text"/>
E.- RECARGOS	<input type="text"/>
H.- TOTAL DE CONTRIBUCIONES	<input type="text"/>
I.- ESTIMULO OTORGADO	<input type="text"/>
J.- MONTO PAGADO CON ANTERIORIDAD	<input type="text"/>
K.- SALDO A FAVOR	<input type="text"/>
L.- CANTIDAD A CARGO	<input type="text"/>
M.- MULTA	<input type="text"/>
N.- CANTIDAD A PAGAR	<input type="text"/>

FECHA Y HORA DE EMISIÓN :

CADENA DIGITAL :