



F - 15

SOLICITUD DE BENEFICIO TRIBUTARIO DEVOLUCIÓN, COMPENSACIÓN, TRASLADO DE PAGO Y PRESCRIPCIÓN TRIBUTARIA

Constancia de Recepción SATT

SÍRVASE COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA Y MAYÚSCULA

Fecha: - -

SEÑOR GERENTE DE RECAUDACIÓN Y CONTROL DE DEUDA SATT

01. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|----------------------|--|----------------------|--|--|--|
| Apellidos y Nombres o Razón Social | | | | | | | | | | | | | | | Tipo | | N° Doc. Identidad | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| Apellidos y Nombres del Cónyuge (en caso de ser casado (a)) | | | | | | | | | | | | | | | Tipo | | N° Doc. Identidad | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| Domicilio Procesal (Lugar fijado por el contribuyente al iniciar su procedimiento tributario) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono-Cel-Fax (1) | | | | | | Teléfono-Cel-Fax (2) | | | | | | Correo electrónico | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | <input type="text"/> | | | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | |

02. DATOS DEL REPRESENTANTE (llenar sólo en caso de representación)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|----------------------|--|--|--|
| Apellidos y Nombres | | | | | | | | | | | | | | | Tipo | | N° Doc. Identidad | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| Domicilio fiscal (llenar sólo si no es contribuyente SATT) | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono-Cel-Fax (1) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | | | | | |

03. MOTIVO DE LA SOLICITUD

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| * Deducción Impuesto Predial <input type="checkbox"/> Por pensionista. <input type="checkbox"/> Adulto Mayor. | | * Inafectación <input type="checkbox"/> Impuesto Predial <input type="checkbox"/> Impuesto Vehicular <input type="checkbox"/> Impuesto Alcabala <input type="checkbox"/> Arbitrios Municipales | | <input type="checkbox"/> Devolución de Pagos Materia No Tributaria <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____ |
|---|--|--|--|--|

- Prescripción de deuda - Tributaria (Especificar deuda a prescribir)
 Devolución de Pagos Materia Tributaria^(a) Compensación de Pago^{(a)(b)} Traslado de Pagos (Imputación de Pagos)^{(a)(b)}
 (a) Especificar a detalle pago(s) indebido(s) o en exceso (s)

| | | | | | | | |
|------------------|-------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |
| Ejercicio Fiscal | _____ | Período | _____ | Tributo | _____ | Unidad | _____ |

Acto(s), procedimiento(s) o motivo(s) que genera(n) pago(s) indebido(s) o en exceso(s):
