

REGIMEN SIMPLIFICADO DEL IMPUESTO SOBRE LOS INGRESOS BRUTOS

**ADMINISTRADORA
TRIBUTARIA DE
ENTRE RIOS**



ATER A-23

FECHA Y SELLO DE
RECEPCION

SOLICITUD DE INSCRIPCION <input type="checkbox"/>	RECATEGORIZACION / MODIFICACION <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>
PERSONA FISICA <input type="checkbox"/>	SUCESIONES INDIVISAS <input type="checkbox"/>	
CUIT N°		
MONOTRIBUTO <input type="checkbox"/>	MONOTRIBUTO EVENTUAL <input type="checkbox"/>	

RUBRO 1: CATEGORIA (SE DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS DE LA CATEGORIA ELEGIDA CON NUMEROS)

CATEGORIA	INGRESOS	SUPERFICIE	CONSUMO ELECTRICO	ALQUILER	OPCION		FECHA INICIO	FECHA BAJA
					A SERVICIOS	B RESTO		
A	HASTA \$ 208.739,25							
B	HASTA \$ 313.108,87							
C	HASTA \$ 417.478,51							
D	HASTA \$ 626.217,78							
E	HASTA \$ 834.957,00							
F	HASTA \$ 1.043.696,27							
G	HASTA \$ 1.252.435,53							
H	HASTA \$ 1.739.493,79							
I	HASTA \$ 2.043.905,21							
J	HASTA \$ 2.348.316,62							
K	HASTA \$ 2.609.240,69							

RUBRO 2: DATOS DEL CONTRIBUYENTE

APELLIDO: _____

APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO	D	M	A	SEXO	NACIONALIDAD	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ARG. <input type="checkbox"/> EXT. <input type="checkbox"/>	

NOMBRE DE FANTASIA: _____

RUBRO 3: DOMICILIO FISCAL

CALLE: _____ N° _____ PISO: _____ DPTO. _____ MZ: _____

TELEFONO: _____ E-Mail: _____

LOCALIDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____ PROVINCIA: _____ C.P. _____

OBSERVACIONES: _____

RUBRO 4: DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

CALLE: _____ N° _____ PISO: _____ DPTO. _____ MZ: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

LOCALIDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____ PROVINCIA: _____ C.P. _____

OBSERVACIONES: _____

REGIMEN SIMPLIFICADO DEL IMPUESTO SOBRE LOS INGRESOS BRUTOS

RUBRO 5: SUCESIONES INDIVISAS

Fallecimiento del Causante	FECHA:				LUGAR:				
CARATULACION DE AUTOS:						FECHA:			
JUZGADO Y SECRETARIA DONDE SE TRAMITA:									
DATOS DEL APODERADO / ADMINISTRADOR / HEREDERO:									
APELLIDO Y NOMBRES:				NACIONALIDAD:			CUIT N°:		

RUBRO 6: DETALLE DE ACTIVIDADES (1) Principal - (2,3) Secundarias

ACTIVIDAD PRINCIPAL	CODIGO DE ACTIVIDAD	FECHA INICIO	FECHA BAJA
(1)			
ACTIVIDAD SECUNDARIA	CODIGO DE ACTIVIDAD	FECHA INICIO	FECHA BAJA
(2)			
(3)			

OBSERVACIONES:

<p>El que suscribe _____ en su carácter de (1) _____ declara que los datos consignados en el formulario son correctos, completos y que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener siendo fiel de la verdad</p> <p>LUGAR Y FECHA: _____</p> <p>(1) Titular, Representante Legal, Apoderado o Autorizado</p>	_____ FIRMA
---	----------------

RESERVADO PARA CERTIFICACION DE FIRMA

Certifico que la firma que antecede pertenece al/a Sr./Sra: _____

FIRMA Y ACLARACION

DOCUMENTACION RESPALDATORIA

ALTA	REATEGORIZACION	BAJA
- DNI - Constancia de Inscripción de AFIP en Monotributo - Servicios y/o Contrato de alquiler	Se deberán completar todos los campos de la categoría elegida	- Último pago - Constancia de baja de AFIP