



**TASA POR INSPECCIÓN DE SEGURIDAD,
SALUBRIDAD E HIGIENE
DECLARACIÓN JURADA ANUAL**

(Presentar por duplicado)

Sello fechador de recepción

Ingresos obtenidos durante el
Periodo 2015

Reg. Hab

ORIGINAL
RECTIFICATIVA N°

Datos del Contribuyente

Apellido y nombre / Razon Social: _____ C.U.I.T.: _____

N° IIBB _____ mail: _____ Tel.: _____

Domicilio Fiscal: _____

Domicilio Comercial: _____

Actividad Principal: _____

Actividad Secundaria 1 _____ Código: _____

Gravada: SI - NO

Actividad Secundaria 2 _____ Código: _____

Gravada: SI - NO

Actividad Secundaria 3 _____ Código: _____

Gravada: SI - NO

Actividad Secundaria 4 _____ Código: _____

Gravada: SI - NO

Cantidad de Sucursales en la ciudad: _____

Mes	Ingresos Gravados	Ingresos Exentos	Ingresos No Gravados	Ingresos Totales
Enero				
Febrero				
Marzo				
Abril				
Mayo				
Junio				
Julio				
Agosto				
Septiembre				
Octubre				
Noviembre				
Diciembre				
Totales				

Categoría Correspondiente según Art. 11, Ordenanza Impositiva: _____ Porcentaje _____ %

TOTAL A PAGAR \$ _____ Por Ordenanza Impositiva n° 1933 Capitulo IV Art. 11, Importe minimo: \$ 650,00

	Vto. Cuota	Valor cuota	Desc. / Cuota 5%
1	10-may		
2	10-jul		
3	10-sep		
4	10-nov		

Pago Anual 10% _____

El que suscribe _____, DNI _____, en su caracter

de _____ declara bajo juramento que los datos son correctos y completos y ha confeccionado

Lugar y Fecha:

Firma: