



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS
MINISTERIO DE HACIENDA PÚBLICA
Dirección Provincial de Ingresos Públicos

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE EXCLUSIÓN – REINTEGRO – COMPENSACIÓN

Tipo de Solicitud			
Exclusión	Reintegro	Compensación	Acreditación
Datos del Contribuyente/Solicitante			
Apellido y Nombre /Razón Social:			
N° de Inscripción II.BB.:		C.U.I.T.	
Domicilio Fiscal:			
Código Postal:	Localidad:	Provincia:	
Teléfono:		Correo Electrónico:	
Actividades desarrolladas:			
Alícuota que tributa:	Normal	Reducida	
Documentación que se adjunta (detallar):			
Solicitudes de Exclusión/Reintegro/Compensación/Acreditación:			
Impuesto en que se origina el saldo a favor:			
Monto del saldo a favor cuya Reintegro/Compensación/Acreditación solicita:			
Motivo que provoca el saldo a favor:			
Pago doble	Pagos a cuenta superiores al Impuesto devengado		
Diferencia de alícuotas			
Otros (describir).			
Detalle de los imposables a compensar (detallar Impuesto, identificación del imponible, períodos, etc.):			

Quién suscribe..... D.N.I....., encarácter de, manifiesta en carácter de DECLARACIÓN JURADA que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, sin omisión de dato alguno que deba constar, siendo fiel expresión de la verdad.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma

.....

Certificación de firma