



SOLICITUD N°:

Fecha: _____ Hora: _____

Recibo: _____ Folios: _____

Recibido por: _____

Señor:

Jefe del Servicio de Administración Tributaria de Cajamarca:

Nombre y Apellidos/ Razón Social: _____, debidamente representado por el
identificado con Documento de Identidad N° _____, identificado
señor (a) _____, con DNI N° _____, con domicilio fiscal en (Av/Jr/Ca/Pasj/Prol) _____
Ubicación (Ba/Urb/Lot/Asoc/CH/ PJ Otro) _____, con
teléfono o celular N° _____, me presento ante usted y solicito:

☐ DEVOLUCIÓN DE DINERO POR PAGO
INDEBIDO O EN EXCESO

☐ COMPESACIÓN DE DEUDA
TRIBUTARIA

☐ TRANSFERENCIA DE
PAGOS

DEUDA TRIBUTARIA

EJERCICIO FICAL

PAGOS A COMPENSAR O
TRANSFERIR

☐ IMPUESTO PREDIAL		☐ A cuenta propia ☐ A cuenta de tercero Código de Contribuyente N°: _____
☐ IMPUESTO DE ALCABELA		
☐ IMPUESTO DE PATRIMONIO VEHICULAR		
☐ ARBITRIOS MUNICIPALES		
☐ ARBITRIOS MUNICIPALES		

DEUDA NO TRIBUTARIA

N° DE DOCUMENTO

☐ PAGO POR PAPELETA
☐ PAGO POR TASAS
☐ OTRO _____

Amparando mi presentación en los siguientes fundamentos: _____

Por lo expuesto, a Usted señor Jefe de SAT Cajamarca, pido acceder a mi solicitud, por ser de justicia.

Firma y/o sello del contribuyente y/o representante	Huella Digital

SEDE CENTRAL: COMPLEJO QHAPAC ÑAN Lunes a Viernes: 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SEDE CENTRO HISTÓRICO: JIRÓN JUNÍN N° 1031 Lunes a Viernes: 9:00 am a 1:00 p.m. y 3:00 pm a 6:00 p.m. Sábados: 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

SEDE C.C.: EL QUINDE: Lunes a Viernes: 01:00 p.m. a 8:00 p.m. Sábados: 1:00 p.m. a 6:00 p.m.