Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR- 025
	Información General y Tributaria de Terceros	Versión: 4
		Fecha: 31/enero/2023

SECRETARIA: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA | CREACIÓN: ☐ | AÑO:2024

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: X | CC | CE | TI — No: 808,003,500 — D.V.: 6

NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL: CARLOS GERMAN GARCIA SANABRIA

DIRECCIÓN PRINCIPAL: CALLE 9 NUMERO 9-25

CIUDAD: FUSAGASUGA

TELEFONO 1: 6 | 0 | 1 | 8583116

Indicativo

E-MAIL: hospitalismaelsilva@yahoo.es

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

PERSONA: JURÍDICA [X] — NATURAL [ ] — GUBERNAMENTAL [ ]

NATURALEZA: PÚBLICA [X] — PRIVADA [ ] — MIXTA [ ] — OTRA [ ] — CUAL [ ]

REGIMEN TRIBUTARIO IVA: COMÚN [X] — SIMPLIFICADO [ ] — EXENTO [ ] — NO RESPONSABLE [ ] — OTRO [ ]

CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE: AUTORRETENEDOR [ ] — GRAN CONTRIBUYENTE [ ] — OTRO [ ] — ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: [ ] 8 6 1 0

TARIFA RETEICA: [ ]

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

Para diligenciar este formato favor leer el anexo

RAMO

ACOM [ ] ACRR [ ] AMIX [ ] ANOM [ ] ARPA [ ] ASER [ ] EMPD [ ]

EMPL [ ] EPS [ ] ETNA [ ] ETPD [ ] FINA [ ] MUCI [ ] TRIB [ ]

CUENTA ASOCIADA: [ ]

RAMO

ACOM	ADQUISICIÓN BIENES	ASER	ADQUISICIÓN SERVICIOS	ETPD	ENT. DEPARTAMENTALES
ACRR	ACREEDOR REGISTRO	EMPD	EMPLEADO DESCENTRALIZADO	FINA	FINANCIEROS
AMIX	ADQUISICIÓN MIXTOS	EMPL	EMPLEADO FUNCIONARIO	MUCI	ENT. MUNICIPALES
ANOM	ACREEDORES NÓMINA	EPS	SEGURIDAD SOCIAL	TRIB	TRIBUNALES
ARPA	RIESGOS PROFESIONALES	ETNA	ENT. NACIONALES		

Anexar los siguientes Documentos

1. Fotocopia Documento de Identidad
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la CAMARA DE COMERCIO (CUANDO APLIQUE)
4. Fotocopia de las Resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de IVA, ICA (CUANDO APLIQUE)
5. Fotocopia Certificación Bancaria Activa

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

GESTIÓN FINANCIERA

Actualización de Datos de Terceros

Código: A-GF-FR-026
Versión: 5
Fecha: 31/enero/2023

SECRETARÍA: MINISTERIO DE SALUD — MODIFICACIÓN: ☐ — AÑO: 2024

CONTRATO O T — CONTRATO: ____ AÑO: ____

CONVENIO — RESOLUCION 00000865 — 2024
CONVENIO: RESOLUCION 00000865 AÑO: 2024

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO (La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: X NIT CC CE — No. 808,003,500 DV 6

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA

SUCURSAL: FUSAGASUGA

CUENTA BANCARIA: X AHORROS C CORRIENTE — NÚMERO: 26467787305

REPRESENTANTE LEGAL C.C. 11,378,597 De FUSAGASUGA

TELÉFONO DE CONTACTO: 3187128165

Autorizamos al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en nuestra cuenta antes mencionada

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

INFORMACION A SER DILIGENCIADA POR GCUN

GRUPO DE TESORERIA

K001	K002	K003	K004	K005	K006	K007	K008

MAS DE PAGO

A		B		C		D		E		F	
T		T		U		V		X		Y	

INDICADORES DE RETENCION

RETENCION EN LA FUENTE

RA01		RA03		RA06		RC01		RC03		RC05		RE02		RF01		RH02		RH07	
RA02		RA04		RB01		RC02		RC04		RE01		RE03		RH01		RH03		RH18	
RH15		RH21		RJ02		RJ04		RJ06		RJ08		RJ10		RJ19	
RH20		RJ01		RJ03		RJ05		RJ07		RJ09		RJ11			
RK01		RK03		RK05		RC01		LH01	
RK02		RK04		RK06		LIV01	

ICA

IC01		IC03		IF01		II 02		II 04		IS 01		IS 03		IS 05		IS 07		IZ 01	
IC02		IC04		II01		II 03		II 05		IS 02		IS 04		IS 06		IS 08	

IMPUESTO DE TIMBRE — NTD1 ☐

RETENCIÓN IVA

RI05		RI06		RI07		RI08	

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL

CC01		CC02		CE01	

ESTAMPILLAS

PC01		PD01		PH01		PE17		UC04		AM01	

TASA PRODEPORTE Y RECREACION — OR01 ☐

GRUPO DE TESORERIA

K001	K-Nacional	K-Acreedores bys nacionales	K005	K-EntFras	K-Entidades Financieras
K002	K-Extranje	K-Acreedores bys extranjeros	K006	K-SegSoc	K-Seguridad Social
K003	K-Transfer	K-Transferencias	K007	K-ServPub	K-Servicios Públicos
K004	K-EmplyJub	K-Empleados y Jubilados	K008	K-DepTerc	K-Depósitos a favor de Tercero

CONDICIONES DE PAGO

A	Efectivo Educación	E	Efectivo Coun-Central	U	Cheque Salud
B	Transferencia Educación	F	Cheque Coun-Central	V	Efectivo Salud
C	Cheque Educación	L	Listado Coun-Central	X	Listado Salud
D	Listado Educación	T	Transferencia Coun-Central	Y	Transferencia Salud

FECHA

	NOMBRE	DIA	MES	AÑO
PROCESADO POR				
REVISADO POR				

Anexar los siguientes Documentos

1. Certificación expedida por la Entidad Bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa

Powered by CamScanner