Gobernación de CUNDINAMARCA

GESTIÓN FINANCIERA

Creación o Actualización de Datos de Terceros

Código	A-GF-FR-005
Versión	5
Fecha	06/mayo/2024

FECHA: DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 — Marque según corresponda: 1 CREACIÓN — 2 ACTUALIZACIÓN: X

INFORMACIÓN GENERAL

Razón Social: [illegible]
Fecha de Nacimiento: 1929
Fecha de Constitución: APS

DATOS PERSONALES

Nombre: CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E.
NIT: 832007172 — DV: 7
Dirección: AVENIDA VIA ASUNCION PARDO
Ciudad: 25 Cajicá (Cundinamarca) — Teléfono: [illegible] — Fax: 1
Correo Electrónico: CARRERA 1 HUMBERTO LUIS
Página Web: CUNDINAMARCA FOSCA
Departamento: [illegible] — Ciudad: [illegible] — Código Postal: [illegible]
Representante Legal: ESE CENTRO DE SALUD DE FOSCA CUNDINAMARCA (CENTRO)

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

Banco: Banco Davivienda S.A. — Cód. 51
Número de Cuenta: 4058-0999-0200 — Tipo de Cuenta: Corriente

La cuenta bancaria debe estar a nombre del proveedor. No se aceptan cuentas de ahorros a nombre de terceros.
Autorizo el descuento de mis obligaciones [illegible] Autorizo a la SHD para que [illegible]

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Régimen: [illegible]
Es agente retenedor de: No
Tipo de Contribuyente: [illegible]
Persona: [illegible] — Régimen: IPS
Responsable de IVA: [illegible]
Gran Contribuyente: [illegible] — Autoretenedor: [illegible] — Autoretenedor de ICA: [illegible]
Autoretenedor de Renta: [illegible] — Autoretenedor de IVA: [illegible] — Autoretenedor de CREE: [illegible]
Es Declarante de Renta: [illegible] — Régimen: [illegible] — Clase: [illegible]
Actividad Económica: 8010 Actividades de hospitales y clínicas, con internación
Código CIIU: [illegible]
Responsabilidades: [illegible]
Actividades: [illegible]

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

[illegible] autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Gobernación de Cundinamarca para que [illegible] suministrados en este y en cualquier otro documento, incluyendo los sensibles, [illegible] y demás información personal [illegible] de la relación que tengo con la entidad. Asimismo, declaro que he sido informado de [illegible] Protección de Datos Personales y en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Gobernación de Cundinamarca, [illegible] Dirección: Calle 26 No. 51 - 53, Edificio Uno, piso 1, Bogotá D.C. Correo electrónico: [illegible]

ANEXOS

1. Fotocopia cédula de ciudadanía
2. Formulario del RUT actualizado al DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio, Cotejo máximo
4. Fotocopia de los antecedentes de Contraloría, Contaduría y Procuraduría no mayor a 90 días calendario anteriores
5. Fotocopia cédula del representante legal ampliada al 150%
6. Certificación bancaria no mayor a 30 días calendario

FIRMA

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

1018404561
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

Tipo de Persona: [illegible]
Régimen: [illegible]
Clase de Contribuyente: [illegible]
Actividad Económica: [illegible]

INDICADORES DE RETENCIÓN

Renta: [illegible]
Renta 2: [illegible]
Renta 3: [illegible]
Renta 4: [illegible]
Renta 5: [illegible]
Renta 6: [illegible]
IVA: [illegible]
IVA Régimen Común: [illegible]
IVA Régimen Simplificado: [illegible]
ICA: [illegible]
Autoretenedor: [illegible]
Gran Contribuyente: [illegible]

FECHA: DÍA ___ MES ___ AÑO ___

PROCESADO POR: _____

REVISADO POR: _____