RECIBIDO

# HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**NIT: 891180091-4**

**Factura Electronica de venta** **SFA586888**

**Fecha Creación Fact.** 19-nov.-2024

**Fecha Validación Fact.** 19-nov.-2024 08:16:23

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señor(es)** | SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL | | | **Archivo HC** | 44 |
| **Convenio** | PIC | | | **NIT No.** | 800103913 |
| **Serv. prestados a** | | | | **Contrato** | 1628-2024 |
| **Fecha ingreso** | 01-nov.-2024 | **Fecha Venc.** | 19-dic.-2024 | **Docto/HC** | CC: 222222222222 |
| **Fecha salida** | 30-nov.-2024 | **Autori/Póliza No.** | | **Cuenta No.** | 10044550 |
| | | | | **Plan** | Otro |

| Codigo | Nombre procedimiento / servicio | Finalidad | Cant. | Valor Unitario | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 39.270.000,00 |

Son: TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

| | |
|---|---|
| Total facturado: | 39.270.000,00 |
| Total otros servicios: | 0,00 |
| Cuota moderadora o copago: | 0,00 |
| Abonos: | 0,00 |
| Neto a pagar: | 39.270.000,00 |

A pagar por el usuario: 0,00

Observaciones: Primer cobro del 30% del valor del contrato por la Prestación de servicios en la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de concurrencia en el municipio de Palermo Huila según contrato No. 1628-2024

Forma de pago: Credito - Transferencia bancaria

Facturado por: MAYRA ALEJANDRA MOSQUERA ROJAS

Mayra A. Mosquera

Firma y/o huella del usuario o responsable

Firma de la entidad

CUFE: f4755c7b635d74bc78ac46050eccd21e9348dd878bd7798bac30b48e78d28e2720ade91023f7423fcd4b3e5cf1345f36

Esta factura tiene caracter de título valor, según ley 1231 de 2008, se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio, según el artículo 667 y 774 código de comercio. Numeración de facturación del SFA571001 al SFA601000, según resolución No. 18764067032867 del 09 de marzo de 2024 . Somos entidad sin ánimo de lucro. No practicar retención en la fuente.

Calle 12 No. 6 - 40, Telefono: 0988783610, PALERMO, HUILA

*© copyright SIIGHOS PLUS*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS**
891180091-4

**Fecha: martes, 19 de noviembre de 2024** **Factura de venta No.: 101148**

**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PIC**
NIT 800103913-4
DEBE A
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS**

**Por Concepto de:**

Primer cobro del 30% del valor del contrato por la Prestación de servicios en la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de concurrencia en el municipio de Palermo Huila según contrato No. 1628-2024

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Afiliados** | 1 | **UPC** | $ 39,270,000.00 |
| **% UPC** | 1.00% | **Neto a pagar** | **$ 39,270,000** |

Son: **TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE.**

MAYRA A. MOSQUERA ROJAS

Elaborado Por.
MAYRA ALEJANDRA MOSQUERA ROJAS
COORDINADOR DE FACTURACION

Dr. RAIMUNDO LOSADA GARCIA
GERENTE

Esta factura tiene caracter de titulo valor, según ley 1231 de 2008, se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio segun Artículo 667 y 774 del Código de Comercio. No requiere autorización de numeración Artículo 3 Resolución 3878 de 1996 DIAN. Somos entidad sin ánimo de lucro, favor no practicar retención en la fuente.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141143029298

(415)7707212489984(8020) 000014114302929 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 1 1 8 0 0 9 1 | 4 | Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Huila 4 1 | Palermo 5 2 4 |

41. Dirección principal
CL 12 6 40

42. Correo electrónico esesanfrancisco891@yahoo.es

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 8 8 7 8 4 0 3 0 | 3 1 1 8 4 7 7 0 1 4 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 1 0 | 1 9 9 2 1 1 1 7 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 6 | 7 | 8 | 1 4 | 1 6 | 4 2 | 5 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 | |
| | | 57. Modo | | | | |
| | | 58. CPC | | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 11 - 12 / 16 : 12: 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre LOSADA GARCIA RAIMUNDO
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141143029298

(415)7707212489984(8020) **000014114302929 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 1 1 8 0 0 9 1 | 4 | Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 3 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | 2 3 |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 2 | 0 3 |
| 72. Número | 2 7 | 1 4 6 |
| 73. Fecha | 1 9 9 5 0 9 0 3 | 2 0 1 0 0 7 3 1 |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 4 | 0 1 |
| 76. Fecha de registro | 1 9 9 5 0 9 0 3 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 | |
| 78. Departamento | 4 1 | 4 1 |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | 5 2 4 |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 1 9 9 5 0 9 0 3 | 1 9 9 5 0 9 0 3 |
| 81. Hasta | 2 0 9 9 1 2 3 1 | 2 0 9 9 1 2 3 1 |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 1 0 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud 1 0

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 3 | 2 0 1 6 0 9 0 1 | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141143029298

(415)7707212489984(8020) 000014114302929 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 9 1 1 8 0 0 9 1 | 4 | Impuestos y Aduanas de Neiva | 1 3 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 4 0 4 0 1 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 2 1 4 5 2 8 1 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOSADA | GARCIA | RAIMUNDO | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

**Formulario del Registro Único Tributario**
**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

**001**

Página 4 de 5 **Hoja 4**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141143029298

(415)7707212489984(8020) 000014114302929 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 9 1 1 8 0 0 9 1 | 4 | Impuestos y Aduanas de Neiva | 1 3 | |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 7 7 1 7 6 2 4 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OVIEDO | FARFAN | KLEYVER | LAUREANO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 1 0 1 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 8 0 2 9 6 0 5 2 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PIMENTEL | VALENZUELA | LIZ | DAYANA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 2 0 2 1 8 | |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 8 0 2 9 3 9 4 7 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MOSQUERA | ROJAS | MAYRA | ALEJANDRA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 7 1 0 0 9 | |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 8 0 2 9 1 4 3 1 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARIAS | DUSSAN | MAIRA | ALEJANDRA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 1 0 2 | |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 7 5 2 9 3 9 5 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ANTURI | GONZALEZ | DANIELA | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 8 0 6 | |

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**

Página 5 de 5 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141143029298

(415)7707212489984(8020) 000014114302929 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 9 1 1 8 0 0 9 1 | 4 | Impuestos y Aduanas de Neiva | 1 3 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 5 2 3 6 6 2 6 | | 1 7 8 1 9 6 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DUSSAN | CRUZ | SONIA | DEL PILAR |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 4 0 8 0 1 |

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

**BANCO DAVIVIENDA S.A**

**CERTIFICA:**

Que la Empresa ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS identificada con NIT 8911800914, posee en esta entidad el producto cuenta de Ahorros numero 076800061822 desde el 2024/07/11, a cual se encuentra Activa y vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en Palermo Huila, a los 18 días del mes de Noviembre del 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Firma Autorizada
**DAVIVIENDA**
Ingrid Yuliana M.

Palermo 1628

| GOBERNACION DEL HUILA | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG | Código : SHA-C038-P714-F5 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación: 15 febrero de 2024 | FORMATO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA | Version: 1 |
| | | Pagina 1 de 1 |

***NOMBRE CONTRATISTA - PERSONA NATURAL*** | Identificación No. NIT [ ] C.C. [ ]

Dirección: _____ Teléfono: _____

Teléfono: _____ Profesión: _____

Correo Electrónic _____ Nacionalidad _____

***RAZON SOCIAL - PERSONA JURIDICA*** _____

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS PALERMO NIT: 891.180.091-4

Dirección: CALLE 12 NO. 6 - 40 Correo Electrónico: esesanfrancisco891@yahoo.es

Teléfono: 3185309362 TIPO DE CAPITAL: Privad [ ] Público [ ] x Mixto [ ]

Organización Empresarial: LTDA [ ] S.A. [ ] OTRA [ x ] CUAL Empresa Social del Estado

Actividad Económica CIIU 8610

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre: RAIMUNDO LOSADA GARCIA C.C 12.145.281

Tipo Representante Legal GERENTE Teléfono: 3118477014

Email: esesanfrancis891@yahoo.es Dirección: Calle 12 Nº 6-40

**CLASIFICACION DE SUJETOS**

***1. IMPUESTO A LA RENTA Y COMPLEMENTARIOS***

DECLARANTE [ ] NO DECLARANTE [ x ] REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL [ ]

REGIMEN SIMPLE [ ] AUTORRETENEDOR [ ] NO RESIDENTE [ ]

***2. IMPUESTO A LAS VENTAS (IVA)***

a) Clasificación: Responsable [ ] / No Responsable [ x ] / Gran Contribuyente [ ]

b) No Responsables: Servicio Excluído [ x ] / Bienes Excluídos [ ]

***3. IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA)***

a) Clasificación: Responsable [ ] / No Responsable [ x ] / Regimen Simple [ ]

b) A cual municipio va a declarar los ingresos derivados del contrato suscrito con el Departamento del Huila : _____

c) Numero de Contrato: _____

d) Codigo a declarar según CIIU _____ e) Tarifa a declarar: _____

**Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos aquí plasmados corresponden a la situación tributaria actual como contratista persona natural.**

_____

Firma

Nombre:

**Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos aquí plasmados corresponden a la situación tributaria actual como persona jurídica**

Representante Legal: _____

Firma

Nombre: RAIMUNDO LOSADA GARCIA

| | ELABORÓ | REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|---|---|
| FIRMA | | | |
| NOMBRE | CLARA E. MORA CELIS | | |
| CARGO | PROFESIONAL ESPECIAL | | |