REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA
SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
SOLICITUD DE INSCRIPCION Y/O NOVEDADES

RIT
CONTRIBUYENTES

A. OPCION DE USO
1. INSCRIPCIÓN [ ] 2. NOVEDADES [X] 3. CESE DE ACTIVIDADES [ ]

NO. RADICADO - FECHA GENERACION: 152174

B. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

1. NOMBRE COMPLETO PERSONA NATURAL O JURIDICA: LUZ ADRIANA QUINTERO SEPULVEDA
2. TIPO DE IDENTIFICACION: NIT [ ] CC [X] TI [ ] NUMERO: 25175723 D.V: 9
3. NATURALEZA JURIDICA: PERSONA NATURAL [X] PERSONA JURIDICA [ ] CODIGO ICA [ ]
4. REGIMEN TRIBUTARIO MUNICIPAL: AUTORRETENEDOR [ ] RETENEDOR ICA [ ] REGIMEN ORDINARIO [ ]
5. REGIMEN TRIBUTARIO NACIONAL (DIAN): REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTARIO (RST) [ ] RESPONSABLE DE IVA [ ] INFORMACION EXOGENA [ ]
6. TIPO DE ORGANIZACION: No Aplica
7. DIRECCION NOTIFICACION CONTRIBUYENTE: CALLE 14#13-34
8. MUNICIPIO: SANTA ROSA DE CABAL
9. DEPARTAMENTO: RISARALDA
10. No. TELEFONO: 6063658462 EXTENSIÓN (ES): 11. No. CELULAR:
12. CORREO ELECTRONICO: paraucarias@hotmail.com
13. NO. MATRICULA MERCANTIL CONTRIBUYENTE: FECHA DIA MES AÑO CIUDAD CAMARA DE COMERCIO: null

C. DATOS ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

1. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: LUZ ADRIANA QUINTERO SEPULVEDA
2. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: CL.14 13-34
3. MUNICIPIO: SANTA ROSA DE CABAL
4. DEPARTAMENTO: RISARALDA
5. No. TELEFONO: 6063658462 EXTENSIÓN (ES):
6. No. CELULAR:
7. CORREO ELECTRONICO: paraucarias@hotmail.com

Con la presente suscripción de este formulario autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico señalado en el presente formulario, de actos emitidos por la Secretaría de Hacienda Municipal, el correo electrónico aquí registrado se entiende como mi domicilio para efectos de notificación. SI [ ] NO [ ]

8. NO. MATRICULA MERCANTIL ESTABLECIMIENTO: FECHA DIA MES AÑO
9. AVISOS Y TABLEROS: X
10. FECHA INICIO DE ACTIVIDADES DIA MES AÑO

CIERRE DE ESTABLECIMIENTO

FECHA CIERRE ANTE CAMARA DE COMERCIO: DIA MES AÑO
FECHA CIERRE ANTE INDUSTRIA Y COMERCIO: DIA MES AÑO
CAUSAL:

D. ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CÓDIGOS CIIU

CÓDIGO ACTIVIDAD	4759	INICIO DIA 16 MES 05 AÑO 2018	CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA MES AÑO		
CÓDIGO ACTIVIDAD	1812	INICIO DIA 16 MES 05 AÑO 2018	CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA MES AÑO		
CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA MES AÑO	CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA MES AÑO		

E. REPRESENTANTES Y/O PROPIETARIOS

TIPO DE REPRESENTANTE	Representante legal	TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC [X] NIT [ ]	NO.	25175273	
NOMBRES Y APELLIDOS	LUZ ADRIANA QUINTERO SEPULVEDA	No. CELULAR	3226223828	TARJETA PROFESIONAL	
CORREO ELECTRONICO	PARAUCARIAS@HOTMAIL.COM	FECHA REGISTRO DIA 16 MES 07 AÑO 2025			

TIPO DE REPRESENTANTE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC [ ] NIT [ ]	NO.		
NOMBRES Y APELLIDOS		No. CELULAR		TARJETA PROFESIONAL	
CORREO ELECTRONICO		FECHA REGISTRO DIA MES AÑO			

TIPO DE REPRESENTANTE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC [ ] NIT [ ]	NO.		
NOMBRES Y APELLIDOS		No. CELULAR		TARJETA PROFESIONAL	
CORREO ELECTRONICO		FECHA REGISTRO DIA MES AÑO			

F. FIRMAS

FIRMA CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NO.

FIRMA PERSONA QUIEN REALIZA EL TRAMITE

NOMBRES Y APELLIDOS:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NO.

Municipio Santa Rosa de Cabal
SECRETARIA DE HACIENDA
16 JUL 2025
PROCESADO

CONTENIDO DE LA INFORMACION

NO. RADICADO: FECHA DIA MES AÑO FUNCIONARIO QUE RECIBE:

La información es responsabilidad de quien suscribe este formulario y corresponde a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud de la información podrá ser sancionada. Sin perjuicio de las verificaciones que realice la Secretaría de Hacienda Municipal. De conformidad con lo establecido por el Estatuto Tributario Municipal, se consideran veraces los datos consignados en el presente formulario, en caso de encontrar probada una presunta falsedad se dará inicio a las actividades administrativas del caso, sin perjuicio a acciones penales que resulten conducentes