| Gobernación de Cundinamarca | GESTIÓN FINANCIERA | Código: A-GF-FR-025 |
|---|---|---|
| | | Versión: 8 |
| | Creación o Actualización de Datos de Terceros | Fecha: 09/diciembre/2024 |

**FECHA:** DÍA 18 | MES 09 | AÑO 2025

Marcar sólo una opción **1. CREACIÓN** [ ] **2. ACTUALIZACIÓN** [xx]

## INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| 3. SECRETARÍA / ENTIDAD: | Salud |
| ¿CUAL? | |
| 4. CONTRATO/O.T. | AÑO |
| 5. CONVENIO | AÑO |

## DATOS PERSONALES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE | | | |
| 7. IDENTIFICACIÓN RUT | NIT | No | 899999158 | D.V. 4 |
| 8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL | SANDRA CECILIA TORRES CRISTANCHO | | | |
| 9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL | CC Cédula de Ciudadanía | No | 51968806 | D.V. 1 |
| 10. DIRECCIÓN PRINCIPAL | CALLE 5 No. 8 - 66 | | | |
| 11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | Cundinamarca-Sesquilé | | | |
| 12. TELÉFONO | | 13. CELULAR | 3112305226 | |
| 14. CORREO ELECTRÓNICO | Indicativo gerente@hospital-sesquile-cundinamarca.gov.co | | | |

## INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA | Bancolombia Cód. 1007 | | |
| | Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál? | | |
| 16. No CUENTA BANCARIA | 336-000022-06 | 17.TIPO | Ahorro |

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual.
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

## INFORMACIÓN TRIBUTARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. PERSONA | Jurídica | | | | |
| 19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE | | No | | | |
| | La información de dependiente económico sólo lo diligencia la persona natural, si le aplica. | | | | |
| 20. NATURALEZA | Pública | ¿CUAL? | | | |
| 21. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA | No Responsable de IVA | | | | |
| 22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE | GRAN CONTRIBUYENTE | No | No. RESOLUCIÓN | AUTORRETENEDOR RENTA | No. RESOLUCIÓN |
| | AUTORRETENEDOR IVA | No | No. RESOLUCIÓN | AUTORRETENEDOR ICA | No. RESOLUCIÓN |
| | ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO | No | OTRA Si | ¿CUAL? | REGIMEN ESPECIAL |
| 23. ACTIVIDAD ECONÓMICA | PRINCIPAL | 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación | | | |
| | SECUNDARIA | | | | |
| 24. TARIFA RETEICA | PRINCIPAL | | | | |
| | SECUNDARIA | | | | |

## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, autorizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

## ANEXOS

| | |
|---|---|
| 1. Fotocopia del documento de identidad | Si |
| 2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN | Si |
| 3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique) | No |
| 4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique) | No |
| 5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa | Si |

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

## FIRMA

SANDRA TORRES CRISTANCHO
**FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL**

51968806
**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**

## INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

| | |
|---|---|
| 25. RAMO | ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS |
| 26. CUENTA ASOCIADA | 2401010012 Bienes y servicios Salud ¿CUAL? |
| 27. GRUPO DE TESORERIA | K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales |
| 28. VÍAS DE PAGO | Y Transferencia Salud |

### INDICADORES DE RETENCIÓN

| | | |
|---|---|---|
| 29. RETEFUENTE | TARIFA 1 | |
| | TARIFA 2 | |
| | TARIFA 3 | |
| 30. ICA | TARIFA 1 | |
| | TARIFA 2 | |
| | TARIFA 3 | |
| 31. RETENCIÓN DE IVA | RI05 Reteiva aplicable a compras 15% | |
| | RI07 Reteiva aplicable a servicios 15% | |
| 32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL | TARIFA 1 | |
| 33. ESTAMPILLAS | No aplica | |
| 34. TASAS | DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5% | |

**FECHA:** DÍA 19 | MES 09 | AÑO 2025

**PROCESADO POR:** EDGAR A. BUITRAGO PUENTES

**REVISADO POR:**