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 | MES | AÑO — Marcar sólo una opción — **1. CREACIÓN** — **2. ACTUALIZACIÓN**

INFORMACIÓN GENERAL

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

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT — No 800174375 — D.V. ##
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	ANA LUCIA RAMIREZ
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía — No 20.700.177 — D.V. ##
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CALLE 4 No. 5-00
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	CUNDINAMARCA
12. TELÉFONO	601 Cundinamarca - Bogotá — Indicativo — 24114020 — 13. CELULAR: 3212026297
14. CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@hospitalsanvicentedepaul-fomeque.gov.co

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Banco Davivienda S.A. Cód. 1051
	Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál?
16. No CUENTA BANCARIA	473100086353 — 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 ECONÓMICO	No aplica — No 800174375-5
	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. RESOLUCIÓN — AUTORRETENEDOR ICA — No. RESOLUCIÓN
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO — OTRA — ¿CUAL?
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL: 8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION
	SECUNDARIA: 8899 Otras actividades de asistencia social n.c.p
24. TARIFA RETEICA	PRINCIPAL
	SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

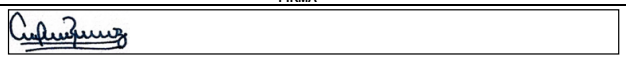
Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables 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
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA



ANA LUCIA RAMIREZ — **FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL**

20.700.177 — **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO	
26. CUENTA ASOCIADA	¿CUAL?
27. GRUPO DE TESORERIA	
28. VÍAS DE PAGO	

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	
34. TASAS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA | MES | AÑO

PROCESADO POR: _____

REVISADO POR: _____