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 2025

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA			
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT	No	860015929	D.V. 2
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ			
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía	No	52079819	D.V. 4
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CALLE 1 NO. 7-56			
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Cundinamarca-Villeta			
12. TELÉFONO	601 Cundinamarca - Bog 8951127	13. CELULAR	3103248313	
14. CORREO ELECTRÓNICO	hvilleta@cundinamarca.gov.co			

Indicativo

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	BBVA Colombia Cód. 1013		
Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál?			
16. No CUENTA BANCARIA	00130816000200003071	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			
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. RESOLUCIÓN		AUTORRETENEDOR RENTA ☐	No. RESOLUCIÓN
	AUTORRETENEDOR IVA ☐	No. RESOLUCIÓN		AUTORRETENEDOR ICA ☐	No. RESOLUCIÓN
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO Si	OTRA ☐	¿CUAL?		
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. Asímismo, 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



NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

52.079.819 DE BOGOTA
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: _____