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:	Salud
¿CUAL?	
4. CONTRATO O T.	AÑO 2025
5. CONVENIO	AÑO 2025

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT	No.	860021283	D.V. 3
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	ROSEMBERG RINCON RUA			
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía	No	79570824	D.V. 4
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CALLE 4 # 12-41			
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Cundinamarca-Guaduas			
12. TELEFONO	601 Cundinamarca - Bogí 8419010	13. CELULAR	3113921181	
	Indicativo			
14. CORREO ELECTRÓNICO	asistente3@esehospitalsanjosedeguaduas.gov.co - gerencia@esehospitalsanjosedeguaduas.gov.co			

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Banco de Bogotá Cod. 1001		
	Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique ¿CUAL?		
16. No CUENTA BANCARIA	306095761	TIPO	Ahorro

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

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

17. PERSONA	Jurídica				
18. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO		No			
	La información de dependiente económico sólo la 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 ☐	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 suministre 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, le hemos ejercer sus derechos de conocer, actualizar, 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. 899.999.111-0 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

ROSEMBERG RINCON RUA
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

79570824
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO	ASER - ADQUISICION SERVICIOS		
26. CUENTA ASOCIADA	Otra cuenta	¿CUAL?	2480040000
27. GRUPO DE TESORERÍA	K001 K-Nacional K-Actividades 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	R05 Retefiva aplicable a compras 15%	
	R07 Retefiva aplicable a servicios 15%	
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1	
33. ESTAMPILLAS		
34. TASAS	D001 Pro Deporte y Recreación 2.5%	

FECHA: DÍA | MES | AÑO

PROCESADO POR: _____

REVISADO POR: _____