GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG	Código : SHA-C038-P714-F5
Fecha Aprobación: 15 febrero de 2024	FORMATO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA	Version: 1
		Pagina 1 de 1

NOMBRE CONTRATISTA - PERSONA NATURAL Identificación: No. NIT C.C.

Dirección: _____ Teléfono: _____

Teléfono: Profesión: _____

Correo Electrónic Nacionalidad:

RAZON SOCIAL - PERSONA JURIDICA ***E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO***

NIT: 891.180.039-0

Dirección: CRA 9 32 50 KM 1 VIA NEIVA Correo Electrónico: administracion@hospitaldelrosario.gov.co

Teléfono: 3178933357 TIPO DE CAPITAL: Privado [ ] Público [x] Mixto [ ]

Organización Empresarial: LTDA [ ] S.A. [ ] OTRA [x] CUAL E.S.E.

Actividad Económica CIIU 8610

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: JOSE ALEXANDER MORENO CORDOBA C.C 79.535.577

Tipo Representante Legal GERENTE Teléfono: 3167434019

Email: administracion@hospitaldelrosario.gov.co Dirección: CR 5 AV SATIA – ALGECIRAS (HUILA)

CLASIFICACION DE SUJETOS

1. IMPUESTO A LA RENTA Y COMPLEMENTARIOS

DECLARANTE [ ] NO DECLARANTE [X] REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL [ ]

REGIMEN SIMPLE [ ] AUTORRETENEDOR [ ] NO RESIDENTE [ ]

2. IMPUESTO A LAS VENTAS (IVA)

a) Clasificación: Responsable [ ] / No Responsable [X] / Gran Contribuyente [ ]

b) No Responsables: Servicio Excluído [X] / Bienes Excluídos [ ]

3. IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA)

a) Clasificación: Responsable [ ] / No Responsable [X] / Regimen Simple [ ]

b) A cual municipio va a declarar los ingresos derivados del contrato suscrito con el Departamento del Huila : _____

c) Numero de Contrato: _____

d) Codigo a declarar según CIIU _____ e) Tarifa a declarar: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos aquí plasmados corresponden a la situación tributaria actual como contratista persona natural.

Firma

Nombre:

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos aquí plasmados corresponden a la situación tributaria actual como persona jurídica

Representante Legal:

Firma

Nombre: JOSE ALEXANDER MORENO CORDOBA

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			