REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA
SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
SOLICITUD DE INSCRIPCION Y/O NOVEDADES

RIT
CONTRIBUYENTES

A. OPCIÓN DE USO
1. INSCRIPCIÓN [X] 2. NOVEDADES [ ] 3. CESE DE ACTIVIDADES [ ]

NO. RADICADO - FECHA GENERACION: 1082219- 15/07/2026

B. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

1. NOMBRE COMPLETO PERSONA NATURAL O JURIDICA: ODALIS ASTRID ORDOÑEZ MENESES
2. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] CC [X] TI [ ] NUMERO: 1058671249 D.V [ ]
3. NATURALEZA JURIDICA: PERSONA NATURAL [X] PERSONA JURIDICA [ ] CODIGO ICA [ ]
4. REGIMEN TRIBUTARIO MUNICIPAL: AUTORRETENEDOR [ ] RETENEDOR ICA [ ] REGIMEN ORDINARIO [ ]
5. REGIMEN TRIBUTARIO NACIONAL (DIAN): REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTARIO (RST) [ ] RESPONSABLE DE IVA [ ] INFORMACION EXOGENA [ ]
6. TIPO DE ORGANIZACION: No Aplica
7. DIRECCION NOTIFICACION CONTRIBUYENTE: CR 2 4 02 BRR MODELO
8. MUNICIPIO: SANTA ROSA DE CABAL 9. DEPARTAMENTO: RISARALDA
10. No. TELEFONO: [ ] EXTENSIÓN (ES): [ ] 11. No. CELULAR: 3166725290
12. CORREO ELECTRONICO: ORDONESODALIS@GMAIL.COM
13. NO. MATRICULA MERCANTIL CONTRIBUYENTE: [ ] FECHA DIA 15 MES 07 AÑO 2026 CIUDAD CAMARA DE COMERCIO: 66682

C. DATOS ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

1. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: ODALIS ASTRID ORDOÑEZ MENESES
2. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: CR 2 4 02 BRR MODELO
3. MUNICIPIO: SANTA ROSA DE CABAL 4. DEPARTAMENTO: RISARALDA
5. No. TELÉFONO: [ ] EXTENSIÓN (ES): [ ] 6. No. CELULAR: 3166725290
7. CORREO ELECTRÓNICO: ORDONESODALIS@GMAIL.COM

Con la presente suscripción de este formulario autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico señalado en el presente formulario. De actos emitidos por la Secretaría de Hacienda Municipal, el correo electrónico aquí registrado se entiende como mi domicilio para efectos de notificación. SI [ ] NO [ ]

8. NO. MATRICULA MERCANTIL ESTABLECIMIENTO: [ ] FECHA DIA 15 MES 07 AÑO 2026 9. AVISOS Y TABLEROS: null
10. FECHA INICIO DE ACTIVIDADES DIA 15 MES 07 AÑO 2026

CIERRE DE ESTABLECIMIENTO

FECHA CIERRE ANTE CAMARA DE COMERCIO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ] CAUSAL [ ]
FECHA CIERRE ANTE INDUSTRIA Y COMERCIO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

D. ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CÓDIGOS CIIU

CÓDIGO ACTIVIDAD	8560	INICIO DIA	01	MES	05	AÑO	2021	CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA	MES	AÑO
CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA		MES		AÑO		CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA	MES	AÑO
CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA		MES		AÑO		CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DIA	MES	AÑO

E. REPRESENTANTES Y/O PROPIETARIOS

TIPO DE REPRESENTANTE: Representante legal TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC [X] NIT [ ] NO. 3166725290
NOMBRES Y APELLIDOS: ODALIS ASTRID ORDOÑEZ MENESES No. CELULAR: 3166725290 TARJETA PROFESIONAL: [ ]
CORREO ELECTRONICO: ORDONESODALIS@GMAIL.COM FECHA REGISTRO DIA 15 MES 07 AÑO 2026

TIPO DE REPRESENTANTE: [ ] TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC [ ] NIT [ ] NO. [ ]
NOMBRES Y APELLIDOS: [ ] No. CELULAR: [ ] TARJETA PROFESIONAL: [ ]
CORREO ELECTRONICO: [ ] FECHA REGISTRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

TIPO DE REPRESENTANTE: [ ] TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC [ ] NIT [ ] NO. [ ]
NOMBRES Y APELLIDOS: [ ] No. CELULAR: [ ] TARJETA PROFESIONAL: [ ]
CORREO ELECTRONICO: [ ] FECHA REGISTRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

F. FIRMAS

FIRMA CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL: Odalis
NOMBRES Y APELLIDOS: Odalis Astrid Ordoñez Meneses
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C NO. 1058671249

FIRMA PERSONA QUIEN REALIZA EL TRAMITE: Odalis
NOMBRES Y APELLIDOS: Odalis Astrid Ordoñez Meneses
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C NO. 1058671249

CONTENIDO DE LA INFORMACION

NO. RADICADO [ ] FECHA DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ] FUNCIONARIO QUE RECIBE [ ]

La información es responsabilidad de quien suscribe este formulario y corresponde a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud de la información podrá ser sancionada. Sin perjuicio de las verificaciones que realice la Secretaría de Hacienda Municipal. De conformidad con lo establecido por el Estatuto Tributario Municipal, se consideran veraces los datos consignados en el presente formulario, en caso de encontrar probada una presunta falsedad se dará inicio a las actividades administrativas del caso, sin perjuicio a acciones penales que resulten conducentes.

Municipio Santa Rosa de Cabal
SECRETARIA DE HACIENDA
ASUNTOS TRIBUTARIOS
NIT 891 480 033-4
17 JUL
APROBADO
FUNCIONARIO

Powered by CamScanner