



SOACHA
GOBIERNO MUNICIPAL
NIT. 800.094.755-7

Secretaría
de Hacienda

Dirección de Rentas

Código
01

FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMULARIO No

221018689

Diligenciar sin tachones, borrones ni enmendaduras

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

A. OPCIÓN DE USO			
1. Inscripción ☒		2. Novedades ☐	
3. Cese de Actividades ☐			
1.1 Sujeto Pasivo ICAT ☒		1.2 Agente de retención ☒	
1.3 Impuesto Publicidad Exterior Visual ☐			
1.4 Impuesto Delineación Urbana ☐		1.5 Otro ☐	
Cual? _____			
B. ES USTED PRESTADOR DE SERVICIOS AUXILIARES, TÉCNICOS, TECNÓLOGOS O PROFESIONALES DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS DEL MUNICIPIO? SI ☐ NO ☐			
2. Nombre de la Entidad _____			
3. Dirección de la entidad _____		4. Número de contrato _____	
		5. Fecha del Contrato _____ Día Mes Año	
C. DATOS DEL CONTRIBUYENTE			
6. Tipo de Documento: CC ☐ NIT ☒ CE ☐ No. 900641509 DV 1		7. Naturaleza Jurídica Persona Natural ☐ Persona Jurídica ☒ Sociedad de hecho ☐	
		8. Régimen Tributario Régimen Preferencial ☐ Régimen Común ☒ Regimen Simple de tributación ☐ Gran contribuyente ☐	
9. Nombres y apellidos o Razón Social: ACCESS COPY SAS			
10. Número de Registro Mercantil BOGOTA 0 2 3 4 9 0 1 5 Ciudad No. Matricula		11. Fecha de matrícula 0 2 0 8 2 0 1 3 Día Mes Año	
		12. Estado del registro mercantil Inscripción ☒ Renovación ☐	
13. Dirección de notificación judicial _____		14. Departamento _____	
16. Dirección de cobro CLL 6A # 6A-24		15. Municipio Soacha	
17. Municipio _____		18. Celular _____	
19. Celular u otro _____		20. Correo Electronico _____	
		21. Correo Notificación _____	
C. ¿USTED TIENE ESTABLECIMIENTO UBICADO EN SOACHA? SI ☐ NO ☒			
22. Nombre del Establecimiento Comercial _____			
23. Dirección del Establecimiento Comercial _____		24. Barrio _____	
25. Comuna _____			
26. Teléfono fijo o móvil _____		27. Teléfono alterno _____	
28. Correo Electrónico _____			
29. Número de Registro Mercantil del Establecimiento _____ Ciudad No. Matricula		30. Fecha de Matrícula del Establecimiento _____ Día Mes Año	
		31. Estado del Registro Mercantil Inscripción ☐ Renovación ☐	
D. ACTIVIDAD ECONÓMICA			
32. Tipo de actividad Industrial ☐ Comercial ☒ Servicios ☐ Financiera ☐		33. Fecha de inicio de Actividades en el Municipio de Soacha 0 2 0 8 2 0 1 3 Día Mes Año	
34. Código y descripción de la Actividad Económica (Código CIIU que aparece en el RUT) Código Act. Principal 4 6 5 1 Descripción Comercio al por mayor de computadores, equipo periférico y programas de informática.			
E. REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL Y/O CONTADOR PÚBLICO			
35. Nombres y Apellidos 1. _____ 2. _____		36. Tipo y Número de Identificación 1. _____ 2. _____	
37. CR 1. _____ 2. _____		38. No. Tarjeta Profesional 1. _____ 2. _____	
F. NOVEDADES (TRASPASO - CAMBIO RAZON SOCIAL - CAMBIO DIRECCION - CAMBIO REGIMEN - ACTUALIZACION DE DATOS)			
39. Traspaso ☐		40. Cambio razón Social ☐	
41. Cambio de dirección ☐		42. Cambio de Régimen ☐	
43. Otros ☐		Cual? _____	
44. Nombres y Apellidos del Nuevo Propietario _____		45. Tipo de Documento: CC ☐ NIT ☐ CE ☐ No. _____ DV _____	
46. Nombre Razón social _____			
47. Número de Registro Mercantil _____ Ciudad No. Matricula		48. Fecha de Matrícula _____ Día Mes Año	
		49. Cambio de Régimen Régimen Preferencial ☐ Régimen Común ☐ Regimen Simple de tributación ☐ Gran Contribuyente ☐	
50. Nueva Dirección _____		51. Barrio _____	
52. Comuna _____		53. Celular _____	
54. Si selecciono la casilla 38 diligencie este campo la información a actualizar			
G. CESE DE ACTIVIDADES			
55. Causal Fusión ☐ Escisión ☐ Liquidación ☐ Cese de actividades ☐ Clausura del establecimiento ☐ Otro ☐ Cual? _____			
56. Número de la cancelación del Establecimiento ante la Cámara de Comercio _____ Ciudad No. Matricula		57. Fecha de Clausura del Establecimiento o servicios prestados en el Municipio de Soacha _____ Día Mes Año	
H. FIRMAS			
La información consignada en este formulario, sera responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad; por lo tanto; cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.		SIN PERJUICIO DE LAS VERIFICACIONES QUE LA DIRECCION DE IMPUESTOS MUNICIPALES REALICE:	
58. Contribuyente o representante legal Nombre _____ CC _____ CE _____ OTRO _____ No. _____		FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO _____	

ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENE COSTO ALGUNO

¡El pago oportuno de sus impuestos
genera Bienestar para todos!

EL CAMBIO
AVANZA

Dirección de Rentas
Calle 13 # 8-40
Código Postal: 250051
Teléfono: 60 (1)7326900
Soacha- Cundinamarca
www.alcaldiasoacha.gov.co

ORIGINAL DIRECCIÓN DE RENTAS