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

RIT
CONTRIBUYENTES

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

NO. RADICADO - FECHA GENERACION: 664190- 31/12/2025

B. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

1. NOMBRE COMPLETO PERSONA NATURAL O JURIDICA: ANA MARIA CASTRO PEÑA
2. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] CC [X] TI [ ] NÚMERO: 1000365044 D.V: 1
3. NATURALEZA JURIDICA: PERSONA NATURAL [X] PERSONA JURIDICA [ ] CODIGO ICA [ ]
4. REGIMEN TRIBUTARIO MUNICIPAL: AUTORRETENEDOR [X] 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: CLL 34#10B-01
8. MUNICIPIO: SANTA ROSA DE CABAL 9. DEPARTAMENTO: RISARALDA
10. No. TELÉFONO: EXTENSIÓN (ES): 11. No. CELULAR: 3218152919
12. CORREO ELECTRONICO: ARQ.ANAMAR15@GMAIL.COM
13. NO. MATRICULA MERCANTIL CONTRIBUYENTE: FECHA DÍA MES AÑO CIUDAD CAMARA DE COMERCIO: null

C. DATOS ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

1. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: ANA MARIA CASTRO PEÑA
2. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: C 34 10B 01
3. MUNICIPIO: SANTA ROSA DE CABAL 4. DEPARTAMENTO: RISARALDA
5. No. TELEFONO: EXTENSIÓN (ES): 6. No. CELULAR: 3218152919
7. CORREO ELECTRÓNICO: ARQ.ANAMAR15@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 DÍA MES AÑO 9. AVISOS Y TABLEROS [X]
10. FECHA INICIO DE ACTIVIDADES DÍA MES AÑO

CIERRE DE ESTABLECIMIENTO

FECHA CIERRE ANTE CAMARA DE COMERCIO DÍA MES AÑO CAUSAL
FECHA CIERRE ANTE INDUSTRIA Y COMERCIO DÍA MES AÑO

D. ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CÓDIGOS CIIU

CÓDIGO ACTIVIDAD	7111	INICIO DÍA	09	MES	09	AÑO	2024	CÓDIGO ACTIVIDAD	INICIO DÍA / MES / AÑO
CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DÍA		MES		AÑO		CÓDIGO ACTIVIDAD	INICIO DÍA / MES / AÑO
CÓDIGO ACTIVIDAD		INICIO DÍA		MES		AÑO		CÓDIGO ACTIVIDAD	INICIO DÍA / MES / AÑO

E. REPRESENTANTES Y/O PROPIETARIOS

TIPO DE REPRESENTANTE: Representante legal TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NO.: 1000365044
NOMBRES Y APELLIDOS: ANA MARIA CASTRO PEÑA No. CELULAR: 3218152919 TARJETA PROFESIONAL:
CORREO ELECTRONICO: ARQ.ANAMAR15@GMAIL.COM FECHA REGISTRO DÍA: 09 MES: 09 AÑO: 2024

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

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

F. FIRMAS

FIRMA CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRES Y APELLIDOS: Ana María Castro
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C NO.: 1000365044

FIRMA PERSONA QUE REALIZA EL TRAMITE
NOMBRES Y APELLIDOS: Ana María Castro
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC NO.: 1000365044

Municipio Santa Rosa de Cabal
SECRETARIA DE HACIENDA
TESORERIA MUNICIPAL
NIT 891 480 033-6
PROCESADO

CONTENIDO DE LA INFORMACION

NO. RADICADO: FECHA DÍA MES AÑO FUNCIONARIO QUE RECIBE: Funcionario

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 considerán 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

Scanned with CamScanner