



ALCALDIA MUNICIPAL
SIMIJACA CUNDINAMARCA

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE SIMIJACA
SECRETARIA DE HACIENDA

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE RETENCIÓN A TITULO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

AÑO GRAVABLE	MES DE OPERACIÓN	FECHA DE DECLARACIÓN
		/ /

DATOS GENERALES DEL DECLARANTE

1. RAZÓN SOCIAL		2. NIT O C.C.	D.V.
3. NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		4. IDENTIFICACIÓN	
5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		6. TELÉFONO	7. CORREO ELECTRÓNICO
INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	SERVICIOS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
8. CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL	9. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL	10. TARIFA ACTIVIDAD PRINCIPAL	
11. CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD SECUNDARIA	12. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD SECUNDARIA	13. TARIFA ACTIVIDAD SECUNDARIA	

LIQUIDACIÓN DE RETENCIÓN

CONCEPTO	BASE DE RETENCIÓN	RETENCIÓN PRACTICADA (A la base retencion multiplicarlo por el renglón 10 o 13)
14. RETENCIÓN INDUSTRIA Y COMERCIO ACTIVIDAD INDUSTRIAL		
15. RETENCIÓN INDUSTRIA Y COMERCIO ACTIVIDAD COMERCIAL		
16. RETENCIÓN INDUSTRIA Y COMERCIO ACTIVIDAD SERVICIOS		
17. RETENCIÓN INDUSTRIA Y COMERCIO ACTIVIDAD FINANCIERA		
18. RETENCIÓN INDUSTRIA Y COMERCIO CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍAS, INTERVENTORÍAS		
19. RETENCIÓN INDUSTRIA Y COMERCIO OTROS CONCEPTOS		
20. TOTAL RETENCIONES PRACTICADAS (Sumar resultado renglones 14 al 19)		\$
21. SANCIONES		\$
22. INTERESES DE MORA		\$
23. TOTAL A PAGAR (Sumar los renglones 20 al 22)		\$

NOVEDADES

DECLARACIÓN <input type="checkbox"/>	CORRECCIÓN <input type="checkbox"/>	PERIODO GRAVABLE A CORREGIR
--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE DEL CONTADOR O REVISOR FISCAL
--	--------------------------------------

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL CONTADOR O REVISOR FISCAL
---	-------------------------------------

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONSIGNADA ES CORRECTA Y AJUSTADA A LAS NORMAS LEGALES

ESPACIO RESERVADO PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUIEN RECIBE	FIRMAL Y SELLO DEL FUNCIONARIO QUIEN RECIBE
-------------------------------------	---

FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN
--------------------	-------------------

SE DEBE PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA DE ESTE FORMULARIO

CÓDIGO POSTAL: 250640
Calle 7 No. 7-42 Telefax (091) 855 5117/5308
E-mail hacienda@simijaca-cundinamarca.gov.co
Página web: www.simijaca-cundinamarca.gov.co
"Con respeto construimos confianza"