



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CIERRE
Información Tributaria
Secretaría de Hacienda
Municipio de AMAGÁ - ANTIOQUIA

I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1 y 2)		
1. Escoja opción de uso <input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/> Cancelación	2. Clase de Contribuyente <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Retenedor ICA	3. Número de Identificación No. _____ - D.V. _____

II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE		
4. Tipo y número de documento C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		
5. Naturaleza Jurídica Persona Jurídica <input type="checkbox"/> Consorcio <input type="checkbox"/> Sociedad de hecho <input type="checkbox"/> Unión Temporal <input type="checkbox"/> Otra _____		
6. Apellidos y Nombres o Razón Social		7. Avisos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Dirección de Cobro	9. Municipio / Corregimiento	10. Dirección principal fuera de AMAGÁ - ANTIOQUIA <input type="checkbox"/>
11. Teléfono _____	12. Fax _____	13. Teléfono Móvil _____
		14. Correo electrónico

III. REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O SOCIOS SOLIDARIOS			
No. _____	15. Nombres y Apellidos _____	16. Identificación Número _____	17. Correo electrónico _____
a. _____	_____	_____	_____
b. _____	_____	_____	_____

IV. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO UBICADOS EN AMAGÁ - ANTIOQUIA		
18. Nombre comercial del establecimiento	19. Teléfono _____	20. Fecha de Inicio de Actividades Día _____ Mes _____ Año _____
21. Dirección del establecimiento	22. Corregimiento/Vereda	

V. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS			
23. Cód. Activ. _____	Cód CIU _____	24. Descripción de la Actividad Económica _____	25. Base Gravable Mensual _____
a. _____	_____	_____	_____
b. _____	_____	_____	_____
c. _____	_____	_____	_____

VI. OTRAS RENTAS		
26. Código Tipo de Renta diferentes a ICA (ver tabla al respaldo)		
a. _____	b. _____	c. _____

VII. CANCELACIÓN	
27. Tipo de Cancelación (marque con X una sola opción) Cancelación Total del Contribuyente <input type="checkbox"/> (Queda sin establecimientos activos) Cancelación Parcial <input type="checkbox"/> (Queda con establecimientos activos)	28. Motivo de Cancelación (marque con X una sola opción) Traspaso (Ventas, Fusión, Herencia) <input type="checkbox"/> Terminación del Negocio <input type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN		
29. Contribuyente o Representante Legal _____ Firma Contribuyente o Representante Legal C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No. _____ De oficio: Nombre Funcionario _____	30. Funcionario que recibe el trámite Nombre y firma funcionario que recibe el trámite	31. Fecha de Recepción Día _____ Mes _____ Año _____

ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO