



IMPUESTO AL CONSUMO Y/O PARTICIPACIÓN DE LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES DE PRODUCCIÓN NACIONAL
PRODUCTORES

REF: FND.PLN. I E-S

SI USTED NO ES PRODUCTOR OFICIAL UTILICE ESTE FORMULARIO PARA PRESENTAR SU DECLARACIÓN DE IMPUESTO AL CONSUMO O PARTICIPACION DE PRODUCTOS DE ORIGEN NACIONAL

DEPARTAMENTO DE
CODIGO DEPARTAMENTO

PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE			
No DE RADICACIÓN			
FECHA	AÑO	MES	DIA
	AAAA	MM	DD
NOMBRE DEL FUNCIONARIO			
FIRMA			

SECCION A. TIPO DE DECLARACION

A.1. INICIAL

A.2. CORRECCIÓN

No DE RADICACIÓN			
FECHA	AÑO	MES	DIA
	AAAA	MM	DD
QUINCENA	1RA	2DA	

VALOR IMPUESTO (R51)

VALOR SANCIONES (R54)

SECCION B. PERIODO GRAVABLE

B1. PERIODO

AÑO	MES	QUINCENA	1RA	2DA
-----	-----	----------	-----	-----

SECCION C. INFORMACION GENERAL

C1. Apellidos y Nombres o razón social completa del Declarante(Produtor).

C2. N° de Identificación

Nit

C.C.

C3. Dirección

Municipio

Departamento

Telefono

SECCION D. LIQUIDACION

R	D1. Clase	D2. Marca	D3. Unidad de Medida	D4. Base Gravable (N° GradoAlcoh).	D5. Tarifa	D6. Tarifa Participación	D7. Cantidad	D8. Valor del Impuesto	D9. Valor Participación
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
SUBTOTALES									

SECCION E. VALORES TOTALES

51	VALOR IMPUESTO AL CONSUMO O PARTICIPACIÓN	
52	MENOS REENVIOS	
53	SALDO A FAVOR DEL PERIODO ANTERIOR (renglón 56 declaración anterior)	
54	VALOR SANCIONES	
55	TOTAL A CARGO POR IMPUESTOS Y SANCIONES	
56	SALDO A FAVOR	

SECCION F. PAGOS

57	VALOR IMPUESTO AL CONSUMO O PARTICIPACIÓN	
58	VALOR SANCIONES	
59	VALOR INTERESES DE MORA	
60	VALOR TOTAL	

SECCION G. DISTRIBUCION COMPONENTE IVA (Recuerde que si hay lugar a liquidar sanciones y/o intereses moratorios los mismos aplicaran proporcionalmente al componente IVA.

61	DISCRIMINACIÓN COMPONENTE IVA 35%	
62	DISCRIMINACIÓN SALUD (100%)	
63	DISCRIMINACIÓN SALUD (70%)	
64	DISCRIMINACIÓN DEPORTE (30%)	

SECCION H. DISCRIMINACIÓN SGSSS

65	DISCRIMINACIÓN SGSSS 8%	
----	-------------------------	--

SECCION I. FIRMAS

I1. Declarante

Declaro que la información aquí consignada es correcta y ajustada a las disposiciones legales

FIRMA _____

NOMBRE _____

C.C. _____

I2. Revisor Fiscal I3. Contador público

FIRMA _____

NOMBRE _____

C.C. _____

TARJETA PROFESIONAL N° _____

SECCION J. DISTRIBUCIÓN DEL PAGO

66	PAGOS COMPONENTE IVA - SALUD	
67	PAGOS SGSSS	
68	TOTAL A PAGAR A LA ENTIDAD TERRITORIAL (R.60 - R.66 - R.67)	

FORMA DE PAGO

ESPACIO DESTINADO PARA EL TRAFICO

