ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES

Formulario para la declaración de las retenciones del impuesto sobre premios de loterías

ESPACIO PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE

FECHA AÑO MES DÍA | N° DE RADICACIÓN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL SERVIDOR PÚBLICO | FIRMA

AÑO GRAVABLE

TIPO DE DECLARACIÓN INICIAL ☐ CORRECCIÓN ☐

INFORMACIÓN DE LA DECLARACIÓN QUE CORRIGE — NÚMERO — AÑO MES DÍA

A. PERÍODO GRAVABLE

(Marque con una X el mes al que corresponda esta declaración)

1 ene ☐ 2 feb ☐ 3 mar ☐ 4 abr ☐ 5 may ☐ 6 jun ☐ 7 jul ☐ 8 ago ☐ 9 sep ☐ 10 oct ☐ 11 nov ☐ 12 dic ☐

B. DATOS DEL RESPONSABLE

1. CALIDAD DEL DECLARANTE — **LOTERÍA** ☐ **OPERADOR AUTORIZADO** ☐

2. APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

3. IDENTIFICACIÓN — C.C. ☐ NIT ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ — NÚMERO — D.V.

4. TELÉFONO FIJO O MÓVIL

5. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN — El diligenciamiento indebido de éste campo o su omisión dan la declaración por no presentada. **Recuerde**. El apartado aereo no sirve como dirección de notificación.

MUNICIPIO | DEPARTAMENTO

C. BASE DE RETENCIONES

6. VALOR NOMINAL DE LOS PREMIOS PAGADOS EN EL PERÍODO	**BP**	

D. LIQUIDACIÓN PRIVADA

7. RETENCIONES PRACTICADAS (A TÍTULO DEL IMPUESTO SOBRE PREMIO DE LOTERÍAS)	**RP**	
8. Más: VALOR SANCIÓN	**VS**	

E. SALDO A CARGO

9. TOTAL SALDO A CARGO (Renglón 7 + 8)	**HA**	

F. PAGO

10. VALOR INTERÉS DE MORA	**IM**	
11. Menos: PAGOS EFECTUADOS A LOS FONDOS DE SALUD POR CONCEPTO DE RETENCIONES	**PR**	
12. Menos: PAGOS EFECTUADOS A LOS FONDOS DE SALUD POR CONCEPTO DE SANCIONES E INTERESES	**PO**	
13. TOTAL A PAGAR (Renglón 9 + 10 - 11 - 12)	**TP**	

G. FIRMAS

FIRMA DEL RESPONSABLE
(Declaro que la información consignada es correcta y ajustada a las disposiciones legales)

FIRMA DEL CONTADOR ☐ O REVISOR FISCAL ☐ — FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

NOMBRES Y APELLIDOS — C.C. ☐ C.E. ☐ Número

C.C. ☐ C.E. ☐ Número — TARJETA PROFESIONAL — Número –

ESPACIO RESERVADO PARA EL CONTROL DEL RECAUDO