

DATOS DEL PROVEEDOR			
Apellido y nombres o Razón Social:			
Domicilio:		Localidad:	Provincia:
Teléfono:		E-mail:	
Actividad principal desarrollada:			

### INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS PAGOS

<b>Beneficiarios:</b>	
-----------------------	--

*(Indique los datos a cuya orden deberán emitirse los pagos)*

<b>Institución Bancaria:</b>	
------------------------------	--

*(Indique el nombre del Banco donde se acreditarán los pagos)*

<b>Sucursal Bancaria:</b>	
---------------------------	--

*(Indique el código y nombre de la Sucursal Bancaria donde radica la cuenta)*

<b>Tipo y número de cuenta bancaria:</b>	
--	--

<b>Número de CBU:</b>	
-----------------------	--

*(Deberá adjuntar copia del formulario otorgado por el Banco)*

<b>Número de CUIT:</b> <b>(Adjuntar Constancia)</b>	
--	--

<b>Número de Inscripción ATER o Convenio Multilateral:</b> <b>(Adjuntar Constancia)</b>	
--	--

<b>Tipo de factura a emitir</b> <i>(Marque con una cruz la opción correspondiente)</i>			
RG AFIP 1575	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	A con CBU (1) <input type="checkbox"/>
			C <input type="checkbox"/>
<b>(1) Informe CBU:</b>			

<b>Impuesto al Valor Agregado</b> <i>(Información adicional)</i>			
Categoría			
Responsable Inscripto	<input type="checkbox"/>	Responsable Monotributo	<input type="checkbox"/>
Sujeto Exento o No Responsable	<input type="checkbox"/>	Sujeto No Categorizado	<input type="checkbox"/>

**Agente de Retención (RG AFIP 2854)**  
SÍ  NO

**Certificado de Exclusión (RG AFIP 2226)**  
SÍ  Vigencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ inclusive. NO

**Exclusión de Retención (Por otro motivo - RG AFIP 2854)**  
SÍ  NO

**Impuesto a las Ganancias (Información adicional)**

Categoría

Inscripto  No Inscripto

Responsable Monotributo  Exento

**Exclusión de Retención (RG AFIP 830)**  
SÍ  Motivo:  NO

**Certificado de Exclusión (RG AFIP 830)**  
SÍ  Vigencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ inclusive. NO

**Retenciones Contribuciones Seguridad Social**

¿Es empleador?  
SÍ  NO

**Aclaración:** De ser empleador, deberá completar la información en el régimen de retención que corresponda, según la actividad desarrollada.

**Contribuciones Seguridad Social (para Empresas Constructoras exclusivamente)**  
Régimen de Retenciones RG AFIP 2682 / Exclusión de Retención (RG AFIP 2682)  
SÍ  Motivo:  NO

**Contribuciones Seguridad Social (para Empresas de Servicio de Limpieza de Inmuebles exclusivamente)**  
Régimen de Retenciones RG AFIP 1556 / Exclusión de Retención (RG AFIP 1904)  
SÍ  Motivo:  NO

**Contribuciones Seguridad Social (para Empresas de Servicio de Investigación y Seguridad exclusivamente)**  
Régimen de Retenciones RG AFIP 1769 / Exclusión de Retención (RG AFIP 1904)  
SÍ  Motivo:  NO

### Contribuciones Seguridad Social (*Régimen General de Retención*)

Régimen de Retenciones RG AFIP 1784 / Exclusión de Retención (RG AFIP 1904)

SÍ  Motivo:  NO

### Impuesto sobre los Ingresos Brutos (*Información adicional*)

Categoría

Inscripto Contribuyente Local (Provincia de Entre Ríos)  Inscripto Convenio Multilateral Rég. General (Prov. de Entre Ríos)

Inscripto Convenio Multilateral Rég. Especial (Prov. de Entre Ríos)  Exento (Provincia de Entre Ríos)

No inscripto (Provincia de Entre Ríos)

### Exclusión de Retención (*RG DGR 573/05*)

SÍ  Motivo:  NO

### Impuesto a los Sellos (*Provincia de Entre Ríos*)

¿Se encuentra exento?

SÍ  Motivo:  NO

### Tasa de Inspección Sanitaria, Higiene, Profilaxis y Seguridad (*Municipalidad de Paraná*)

¿Se encuentra exento?

SÍ  Motivo:  NO

**IMPORTANTE:** Para acreditar su situación impositiva, deberá obligatoriamente (sin excepción) adjuntar documentación de respaldo, conforme lo dispuesto por las normas legales vigentes.

#### Gerencia de Administración y Finanzas.

Av. Alameda de la Federación 352 (3100) Paraná, Entre Ríos.

Teléfono: 0343-4228220.

Email: [contacto@cegsa.com.ar](mailto:contacto@cegsa.com.ar)