

DEPARTAMENTO DE: \_\_\_\_\_ O DISTRITO CAPITAL \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL IMPUESTO AL  
CONSUMO DE CIGARRILLOS Y  
TABACO ELABORADO  
PRODUCTOS EXTRANJEROS  
MHCP D.A.F. CIG3 E-S**

**PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE**

FECHA

COD. DPTO

No. DE RADICACIÓN

A		M		D			
---	--	---	--	---	--	--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO: \_\_\_\_\_

SECCION A: DECLARANTE

SECCION B. TIPO DE DECLARACIÓN

IMPORTADOR   
DISTRIBUIDOR

B.1. INICIAL  B.3 DECLARACION QUE SE CORRIGE   
B.2. CORRECCIÓN  B.5 FECHA  AÑO MES DÍA  
B.4. COD. DPTO  O D.C. BOGOTA  TOTAL A CARGO R. 15

SECCION C: INFORMACION GENERAL

C1. APELLIDOS Y NOMBRE O RAZON SOCIAL COMPLETA DEL DECLARANTE

C2. IDENTIFICACION DEL DECLARANTE

<input type="text"/>		NIT	<input type="text"/>	D.V	<input type="text"/>
<input type="text"/>		C.C.	<input type="text"/>		
C3. DIRECCION	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

SECCION D: LIQUIDACION

R	CLASE	D.1 MARCA	D2. DECLARACIÓN FONDO CUENTA DEPTO. O D.C.		D.3 PRESENTACIÓN Y CANTIDAD	D.4 CANTIDAD ESTÁNDAR	D5. P.V.P DANE	D6. TARIFA	D7. VALOR DEL IMPUESTO
			NÚMERO	R					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8	VALOR IMPUESTO AL CONSUMO								
9	PORCENTAJE CON DESTINO A SALUD								
10	VALOR IMPUESTO CON DESTINO AL DEPORTE								
11	MENOS: PAGOS EFECTUADOS AL FONDO CUENTA POR IMPUESTO AL CONSUMO								
12	MENOS: PAGOS EFECTUADOS AL FONDO CUENTA PORCENTAJE CON DESTINO A SALUD								
13	MENOS: PAGOS EFECTUADO AL FONDOCUENTA POR IMPUESTO CON DESTINO AL DEPORTE								
14	VALOR SANCIONES								
15	TOTAL A CARGO								

SECCION E: FIRMAS

DECLARO QUE LA INFORMACION AQUÍ CONSIGNADA ES CORRECTA Y AJUSTADA A LAS DISPOSICIONES LEGALES.

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SECCION F: PAGOS

16.	VR. IMPUESTO AL CONSUMO	\$
17.	PORCENTAJE DESTINADO A SALUD	\$
18.	VR. IMPUESTO AL DEPORTE	\$
19.	VALOR SANCIONES	\$
20.	VR. INTERESES DE MORA	\$
21.	VR. TOTAL A PAGAR	\$

FORMA DE PAGO: EFECTIVO \$ \_\_\_\_\_  
CHEQUE No.  \$ \_\_\_\_\_  
CODIGO BANCO

ESPACIO RESERVADO PARA LA ENTIDAD RECAUDADORA

TIMBRE Y SELLO DEL BANCO

AUTOADHESIVO BANCO

