

UR 0417

Manizales, quince (15) de diciembre de 2022

Señor

**JOSÉ RUBIEL RAMÍREZ PINEDA****C.C. 93.415.674**

Dirección: Carrera 35 # 100 - 47

Municipio: Manizales, Caldas

La Profesional Especializada- Proceso De Determinación y Liquidación De La Unidad De Rentas, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 565 y 568 del estatuto tributario y los artículos 67, 68 y 69 de la Ley 1437 de 2011, se permite NOTIFICAR, mediante el presente AVISO el siguiente acto administrativo:

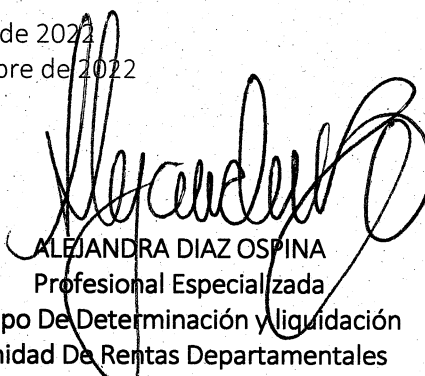
<b>Acto Administrativo</b>	Acta de Aprehensión, Reconocimiento, Avalúo y Decomiso No. <b>2020/17900-002</b> del veintiún (21) de septiembre de 2020.
<b>Proferido Por</b>	La Secretaría de Hacienda- Unidad de Rentas
<b>Los Recursos Que Legalmente Proceden</b>	Reconsideración
<b>Dependencia Ante La Cual Se Interpone El Recurso</b>	Secretaría de Hacienda- Unidad de Rentas- oficina de Determinación y Liquidación. El recurso debe ser radicado en la Oficina de Atención al Ciudadano ubicada en la carrera 21 entre calles 22 y 23 Palacio Amarillo, Manizales- Caldas. Correo electrónico: <a href="mailto:atencionalciudadano@gobernaciondecaldas.gov.co">atencionalciudadano@gobernaciondecaldas.gov.co</a>
<b>Plazo De Interposición Del Recurso</b>	Dos (02) meses, la notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso.
<b>Fecha De Notificación:</b>	La notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al de la entrega del aviso en el lugar de destino
<b>Anexo:</b>	Copia Acta de Aprehensión, Reconocimiento, Avalúo y Decomiso No. <b>2020/17900-002</b> del veintiún (21) de septiembre de 2020.

El presente aviso, con copia íntegra del acto administrativo se publicará en la página electrónica y en lugar de acceso al público de la Unidad de Rentas por el término de cinco (5) días hábiles.

Fecha de fijación: 16 de diciembre de 2022

Fecha de desfijación: 22 de diciembre de 2022

Cordial saludo,



**ALEJANDRA DIAZ OSPINA**  
Profesional Especializada  
Grupo De Determinación y Liquidación  
Unidad De Rentas Departamentales

*Proyectó:* Daniel Galeano  
*Cargo:* Abogado Contratista  
*Área:* Unidad de Rentas

En Manizales a los veinte días del mes de Septiembre del año 2020 siendo las 12:05 m (a.m.) (p.m.), se da inicio a la diligencia de inspección y verificación del cumplimiento del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares; impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado; impuesto al consumo de cervezas, sifones y refajos. La misma fue ordenada mediante comisión por el Jefe de la Unidad de Rentas del Departamento de Caldas, conforme a lo establecido por la Ordenanza 816 de 2017, modificatoria de la Ordenanza 710 de 2013.

2

INFORMACIÓN GENERAL

ACTA DE APREHENSIÓN Nro.: 2020/17900002      UBICACIÓN: Lugar Específico: km \_\_\_\_ Vía \_\_\_\_ a \_\_\_\_; Ciudad; Dirección      FECHA: día / mes / año 21/09/2020      HORA: hh:mm a.m./p.m. 12:05 m

NOMBRE DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA DILIGENCIA: Beatriz Córdoba V.      C.C. DEL FUNCIONARIO ENCARGADO: 51.941.225

CARGO: Auxiliar Administrativo      TIPO DE OPERATIVO: En Establecimiento \_\_\_\_ En Carretera \_\_\_\_ Otro

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: -      NIT: -      TIPO: Comercial \_\_\_\_ Bodega y/o Depósito \_\_\_\_ Otro

DIRECCIÓN: -      TEL: -      CIUDAD: Manizales

NOMBRE DEL PROPIETARIO: -      C.C. DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REP. LEGAL O ADMINISTRADOR: -      C.C. DEL REP. O ADMÓN.: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE O TENEDOR DE LA MERCANCÍA, CONDUCTOR Y/O VEHÍCULO

NOMBRE DEL RESPONSABLE O TENEDOR DE LA MERCANCÍA: Jose Rubiel Ramirez Pineda      C.C. DEL RESPONSABLE O TENEDOR: 93.415.674

DIRECCIÓN: Carrera 30A # 50A-09      TEL: 3106691428      DEPARTAMENTO: Caldas      CIUDAD: Manizales

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Juan David Martinez Arias      C.C. DEL CONDUCTOR: 1053840812

DIRECCIÓN: Calle 28 # 30 - 07 Barrio Campoamor      DEPARTAMENTO: Caldas      CIUDAD: Manizales

PLACA: VEE 395      MARCA: Mazda      AFILIADO EMPRESA TRANSPORTE: SI \_\_\_\_ NO       EMPRESA: \_\_\_\_\_

CORREOS ELECTRÓNICOS PARA NOTIFICACIÓN:

1. \_\_\_\_\_      2. \_\_\_\_\_

ELEMENTOS APREHENDIDOS

N°	CLASE	ORIGEN	DESCRIPCIÓN DE LA MERCANCÍA	UND. MEDIDA	CAPACIDAD	*ALCOHOL	CANTIDAD	ESTADO	VALOR UND	CAUSAL O MOTIVO
1	CIG	IMP	Cigarillo Silver Elephant	CJ	CJX20	-	17.500	B	\$2.500	Dec 1625/2016 causal de aprehensión #6, cuando no se demuestre el ingreso legal de las mercancías a la respectiva entidad territorial
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

OBSERVACIONES: proceso puesto a disposición de Rentas Departamentales mediante acta de incautación de elementos varios de la Policía Nacional  
Mena 2-Villamaría.  
Análisis Total: 17.500 cigarrillos a \$2.500 c/u = \$43.750.000 =

AGENCIA CON APOYO DE LAS SIGUIENTES ENTIDADES: DIAN-POLFA \_\_\_\_ PONAL \_\_\_\_ POLICÍA DE CARRETERAS \_\_\_\_ SECRETARÍA DE SALUD \_\_\_\_ FISCALÍA \_\_\_\_      CONTINUA EN OTRA PÁGINA: SI \_\_\_\_ NO       PAG 1 DE \_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE O TENEDOR: \_\_\_\_\_      FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DILIGENCIA: [Firma]      FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE APOYA LA DILIGENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE RESPONSABLE O TENEDOR: \_\_\_\_\_      NOMBRE FUNCIONARIO: \_\_\_\_\_      NOMBRE FUNCIONARIO QUE APOYA: \_\_\_\_\_

C.C. RESPONSABLE O TENEDOR: \_\_\_\_\_      C.C. FUNCIONARIO: \_\_\_\_\_      C.C. FUNCIONARIO QUE APOYA: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_      CARGO: \_\_\_\_\_      CARGO: \_\_\_\_\_

Reconozco y acepto el contenido del presente documento y autorizo su envío al correo electrónico registrado para notificaciones.

ELEMENTOS APREHENDIDOS

N°	CLASE	ORIGEN	DESCRIPCIÓN DE LA MERCANCÍA	UND. MEDIDA	CAPACIDAD	* ALCOHOL	CANTIDAD	ESTADO	VALOR UND	CAUSAL O MOTIVO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

OBSERVACIONES:

DILIGENCIA CON APOYO DE LAS SIGUIENTES ENTIDADES: DIAN \_\_\_ POLFA \_\_\_ PONAL \_\_\_ SIJIN \_\_\_ POLICÍA DE CARRETERAS \_\_\_ SECRETARÍA DE SALUD \_\_\_ FISCALÍA \_\_\_

CONTINUA EN OTRA PÁGINA: SI \_\_\_ NO  PAG 2 DE 2

FIRMA DEL RESPONSABLE O TENEDOR:

NOMBRE RESPONSABLE O TENEDOR:

C.C. RESPONSABLE O TENEDOR:

Reconozco y acepto el contenido del presente documento y autorizo su envío al correo electrónico registrado para notificaciones.

FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DILIGENCIA

NOMBRE FUNCIONARIO:

C.C. FUNCIONARIO:

CARGO:

FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE APOYA LA DILIGENCIA

NOMBRE FUNCIONARIO QUE APOYA:

C.C. FUNCIONARIO QUE APOYA:

CARGO: