

Ciudad

Fecha (día/mes/año)

Señores

**Sistema Único de Información de trámites-SUIT**

**FUNCION PUBLICA**

En mi calidad de representante legal, autorizo a la persona que aparece en el formato, para administrar el Sistema Único de información de Trámites-SUIT.

**Datos de la Institución**

Nombre			
NIT			
Ciudad/Municipio			
Departamento			
Adscrita/Vinculada	Departamento	<input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>
Dirección de la Sede principal de la Institución			
Teléfono de la Sede principal			
Fax de la Sede principal			
Página web de la institución			
Correo electrónico oficial de la institución			
Nombre del representante legal			
Correo electrónico oficial del representante legal			

**Datos de la persona autorizada**

Nuevo ☐ Reemplaza a uno existente ☐

**Diligencie la siguiente información, en caso de creación de un usuario ó reemplazo de usuario**

Nombres Completos			
Apellidos Completos			
Número de Documento de Identidad			
Correo electrónico institucional			
Correo electrónico que más usa			
Número de teléfono fijo		Extensión	
Número de celular			

**Diligencie la siguiente información, sólo en caso de reemplazo de usuario**

Nombres y Apellidos de la persona que se reemplazará	
Usuario de la persona a reemplazar	

Autorizamos recibir mensajes informativos del SUIT en:

Correo electrónico institucional ☐ Vía celular-SMS ☐

Firma de Representante Legal

Firma de persona autorizada

Formato para creación de usuarios en SUIT y validación de datos de la institución