NIT 800.150.861-1
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO NACIONAL DE GESTION CONTABLE Y DE COSTOS

FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA- 2018

Para facilitar el proceso administrativo y financiero y tramitar correctamente las cuentas, le solicitamos el diligenciamiento de la siguiente información. Se debe adjuntar certificado de existencia y representación legal de la empresa en el caso de personas jurídicas, cédula de ciudadanía en caso de personas naturales y fotocopia legible del RUT.

Ciudad y Fecha: Bogotá, Julio 04 de 2018 NIT _X_ C. C.___ No. 860.530.709-7
Nombre o Razón Social ***ANDINA INTERNATIONAL S.A.S.***
Entidad Pública_____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal Tranversal 22A No. 53D 45 Ofc. 101 Ciudad: Bogotá D.C. Teléfono 5510753 / 3165419975
FAX_____CORREO ELECTRÓNICO: comercial@aisas.co

1. Marque con una X si ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales es:

*a) Contribuyente del impuesto de renta _X_*
b) Gran contribuyente ____ Resolución _____
c) Responsable del IVA _X_ Si marco X indique si es Régimen Común _X_ O Régimen simplificado._____.
d) Autor retenedor de renta ____ Resolución _____
e) Retenedor de IVA ____ Resolución _____

2. Por la Administración de Impuestos Distritales o municipales como:

Contribuyente de Industria y Comercio SI _X_ NO _____
Actividad económica Principal: Código _4659 Código CIIU _4659 Tarifa _11,04

3. Para efectuar el pago o abono se puede realizar mediante traslado o consignación en la cuenta:

Cte. _X_ Ahorro ___ No 031-099573-54 Banco Bancolombia , Ciudad Bogotá Sucursal Galerias .

Cte. ___ Ahorro____ No_____ Banco _____, Ciudad_____ Sucursal_____.

NOTA : El titular de la cuenta bancaria debe coincidir con el nombre o razón social del proveedor. – Para actualizar la información se debe enviar el documento original a la Cr 13 6 A 97 piso 1 Edificio Docencia Bogotá.

REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA: 
NOMBRE:_ ***MARIO ALFONSO MENDIETA*** *C. C. 79.790.088.. DE Bogotá*
FECHA_Julio 04 de 2018

Creación en SIAF: Funcionario:_____,Firma:_____, Fecha_____.Dependencia:_____

Carrera 13 No. 6 A 97 PISO 1 Edificio Docencia Teléfono 4069977- 6061106 Ext.1831-1832
Contabilidad@medicinalegal.gov.co