

ANEXO 10

INFORMACION TRIBUTARIA

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, 10 septiembre 2018 **NIT** X **C. C.** _____ **No.** 900.607.487-4
Nombre o Razón Social Ingobar Metrología S.A.S

Entidad Pública _____ **Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública** _____

Dirección Principal Cra 38 A No. 25 B 15 **Ciudad:** Bogotá **Teléfono 571** + 2688824
FAX _____ **CORREO ELECTRONICO:** nicolas.gonzalez@ingobarmetrologia.com

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

- a) Contribuyente del impuesto de renta _____
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 _____ **Código CIU** 3313 **Tarifa** 9.66

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

Cte. X Ahorro _____ No 032110975 Banco AV. Villas, Ciudad Bogotá, Sucursal La Soledad.

Cte. X Ahorro _____ No 21996007695 Banco Bancolombia, Ciudad Bogotá, Sucursal CAD.

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

NOMBRE: RAÚL GONZALEZ COY

FIRMA: _____ **C. C.** 19.446.696 DE Bogotá

FECHA: 10 septiembre de 2018

Creación en SIAF: Funcionario: _____ **Firma:** _____ **Fecha** _____ **Dependencia:** _____