# MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-
# COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-
# DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-
# JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA COLOMBIANA

| MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL<br>República de Colombia<br>Libertad y Orden | **FORMATO** | Código: FP-F-039 |
|---|---|---|
| | **Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación** | Versión: 1 |
| | | Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019 |

CIUDAD Bogota FECHA 29-Oct 2021

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación.

## 1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

**PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA**

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

**CONSORCIO O UNION TEMPORAL**

**Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.**

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

**PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA**

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; juridicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Asi mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 dias. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

## 2. INFORMACIÓN BASICA

**2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA**

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

**NOMBRE O RAZON SOCIAL:** MiMedical EquiPos SAS

| Tipo documento de Identificación: | | |
|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | | No. |
| Cédula de Extranjería: | | No. |
| NIT Persona Jurídica: | X | No. 900.500349 |
| NIT Persona Natural: | | No. |
| Pasaporte: | | No. |
| Registro Civil: | | No. |
| Tarjeta de Identidad: | | No. |
| Otro Tipo Documento: | | No. Cuál: |

**2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES**

**OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES**

**PORCENTAJE DE PARTICIPACION:** 100%.

**NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:** 91.257.309

## 3. DATOS INFORMACION GENERAL

**TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sociedad Anónima | | Cooperativa | | Empresa Ind. Y Cial del Estado | |
| Sociedad Colectiva | | Empresa Unipersonal | | Asociaciones Mutualistas | |
| Sociedad Comandita por Acciones | | Empresa Comunitaria | | Fondos de Empleados | |
| Sociedad Comandita Simple | | Empresa de Servicio | | Instituto de Economia Solidaria | |
| Sociedad de Economia Mixta | | Entidad Pública | | Precooperativa | |
| Sociedad de Hecho | | Empresa Solidaria de Salud | | | |
| Sociedad Limitada | | Entidad sin Animo de Lucro | | | |
| Sociedad Sucursal Extranjera | | Federación o Confederación | | | |
| Sociedad Simplificada por Acciones (SAS) | X | Cooperativa de trabajo asociado | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **TIPO DE CAPITAL** | PRIVADO | |
| | PÚBLICO | |
| | MIXTO | |
| **PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO** | PÚBLICO | % |
| | PRIVADO | % |

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO** | SI |
| | NO |

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-
JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA COLOMBIANA

| MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL<br>República de Colombia<br>Libertad y Orden | FORMATO | Código: FP-F-039 |
|---|---|---|
| | Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación | Versión: 1 |
| | | Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019 |

## 4. INFORMACION TRIBUTARIA

**TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ICA | X | IMPUESTO TIMBRE | |
| RENTA | X | RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA | |
| RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA | X | GRAN CONTRIBUYENTE | |
| IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA | X | RETENCIÓN EN LA FUENTE IVA | |
| REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL | | | |
| INFORMACION EXÓGENA | X | NO CONTRIBUYENTE | |
| REGIMEN COMÚN | | PROFESIONAL INDEPENDIENTE | |
| REGIMEN ORDINARIO | | NO RESPONSABLE | |
| ENTIDAD DEL ESTADO | | RESPONSABLE | |
| AUTORRETENEDOR | SI | NO | X |

## 5. UBICACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO DE DIRECCIÓN | | DOMICILIO CIVIL | |
| DIRECCION PROCESAL | | DOMICILIO FISCAL | |
| DOMICILIO CONTRACTUAL | | RESIDENCIA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección | Calle 77 # 26-15 | Teléfono | 5415413 |
| E-mail | milmedicalequipos@hotmail.com | Fax | |
| País | Colombia | Región | |
| Ciudad | Bogota | | |
| Localización | Nacional X Extranjera | | |
| Página Web | www.milmedicalequipos.com | Contacto | 3167427943 |
| Designación del contacto | Luis Alfonso Prada | E-mail del contacto | |
| Apartado Aéreo | | | |

## 6. REPRESENTANTE LEGAL

**TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL**

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Revisor Fiscal | | Tutores y Curadores por los incapaces | |
| Albaceas | | Mandatarios o Apoderados Generales | |
| Representante legal de Personas Jurídicas | X | Padres por su(s) hijo(s) menor(es) | |
| Donatorios o Asignatarios | | Nombre Representante Legal: | Luis Alfonso Prada |
| Otros | | Tipo doc. Identificación | CC |
| | | No. Doc. Identificación | 91.257.309 |

## 7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad Financiera | Bancolombia | Número de Cuenta | 944-802484-01 | | |
| Tipo de la cuenta bancaria | Corriente | | Ahorro | X | Depósito Electrónico |

**Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales**

**NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)**

**NOTA 1:** el único formato válido para la creación de cuentas bancarias de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

**NOTA 2:** la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.