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: **BOGOTA D.C. Octubre 23 de 2018.** *NIT* X *C. C.*___ *No.* **830.065.092-8**
Nombre o Razón Social **SET Y GAD S.A.S.**
*Entidad Pública*_____*Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública*_____.
Dirección Principal **Carrera 48 # 101 A – 69** *Ciudad:* **BOGOTA D.C.** *Teléfono:* **755.9277**
*FAX*_____*CORREO ELECTRONICO:* luis.uribe@setgad.com

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* 658-530974-34 *Banco* Bancolombia, *Ciudad* Bogota,
Sucursal _____.

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

NOMBRE: **LUIS GUILLERMO URIBE RODRIGUEZ**

*FIRMA:*_____ *C. C* **.3.228.508** *DE* **Bogotá**

FECHA **Octubre 23 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