.ANEXO

INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y DE BENEFICIARIO CUENTA
Si es persona natural diligencie los puntos 1, 4 y 5

1

N° REGISTRO TERCERO: _____
Para uso del contratante

1. INFORMACION BASICA

Persona Natural: [ ] Persona Jurídica: [x] Consorcio o UT [ ]

Razón Social o Nombre completo (de acuerdo como aparece en el Certificado de Cámara y Comercio y RUT para personas jurídicas, o en la Cédula de Ciudadanía para personas naturales)

E	M	P	R	O	S	A	L	U	D		S	A	S												

NIT [X] Cédula de Ciudadanía [ ] Otros [ ] Cual? _____

9	0	0	0	4	0	9	2	1		**DV**	4

Si es cedula fecha de expedición: [ ]

País: COLOMBIA Ciudad: VILLAVICENCIO

Dirección: CALLE 33 A # 38-69 Barzal

Teléf / Fax(s): 3118414639 | 3125308609 | Fax:

Dirección Electrónica: emprosaludvida@gmail.com

Si tiene registro en Cámara de Comercio conteste el siguiente punto:

Cámara de Comercio de: VILLAVICENCION
Ciudad

Matricula Mercantil Nº: 131816

2. INFORMACION GENERAL

Tipo de Organización Empresarial: SOCIEDAD POR ACCIONES

Si es sociedad anónima, limitada, en comandita simple ó por acciones, unipersonal etc.

SI
NOX

Entidad en Proceso de Liquidación:

Tipo de Capital: Mixto

Privado [X]

Público [ ]

Solo si es entidad de patrimonio mixto conteste el siguiente punto:

Porcentaje de Participación: Privado [ ] %

Publico [ ] %

Total [ ] %

Si es entidad Pública

Tipo de Entidad Pública: [ ]

EICE, Economía Mixta, estapúblico etc.

Orden de la Entidad Pública: [ ]

Nacional, Distrital, Departamental etc.

Tipo Administración: [ ]

Central ó Descentralizada

Código de Consolidación: [ ]

3. INFORMACION TRIBUTARIA.

Código CIIU: 8699

Entidad de Vigilancia Y Control que supervisa la Actividad: SUPERSALUD

Tipo de Responsabilidad Tributaria

ICA	X
IVA	X
RENTA	X
TIMBRE	

Régimen Tributario:

(si es Gran Contribuyente o Autorretenedor Indique el número de resolución de la DIAN y la fecha)

Régimen Tributario: Común: X Simplificado: Persona Natural:

Autorretenedor: SI NO X Número de Resolución DIAN

Gran Contribuyente: SI NO X Número de Resolución DIAN

Entidad Sin Animo de Lucro: SI NO X

Régimen Tributario de Impuestos Distritales:

Actividad (es) Económica(s)	323	Número de Código	6	%X 1.000
		Número de Código		
		Número de Código		

4. INFORMACIÓN DE LA CUENTA ENTIDAD FINANCIERA (autorizo para que los pagos se realicen mediante consignación o abono en cuenta, acorde con la siguiente información)

Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA

Sucursal: UNICENTRO Ciudad: VILLAVICENCIO

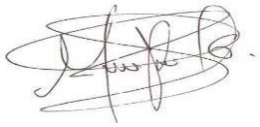
Cuenta: Ahorros X Corriente Nacional Extranjera

Número	3	6	4	8	9	8	7	2	**5**	2	2					

5. INFORMACION JURIDICA

Endosos : SI [ ] NO [X] Embargos: SI [ ] NO [X]

Certifico que los datos anteriormente relacionados son fidedignos, por lo cual podrán ser utilizados en los contratos que celebre con el Consejo Superior de la Judicatura. Igualmente me comprometo a actualizar la información, si se presentan modificaciones en cualquiera de los datos suministrados. (Ley 80 de 1993, num. 7° Art. 26 y Art. 52)



_____

FIRMA Y SELLO REPRESENTANTE LEGAL O CONTRATISTA

NOMBRE	***MAYRA ALEJANDRA PARRA GUEVARA***
C.C.	***40.382.792***
Fecha Expedición	***3-9-2022***