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

FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA- 2024

FORMULARIO N° _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO EN ARCHIVO PDF AL CORREO contabilidad@medicinalegal.gov.co donde será numerado consecutivamente.

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 actualizado.

Ciudad y Fecha: ***FLORIDABLANCA – 16 DE ABRIL DEL 2024*** *NIT:* ***X*** *C. C.___ No.* ***900.742.836-9***
Nombre o Razón Social: ***SECUAIR INGENIERÍA S.A.S.***
Entidad Pública_____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal: ***CALLE 24 N° 28-16 BARRIO MOLINOS ALTOS*** *Ciudad:* ***FLORIDABANCA*** *Teléfono:* ***3225148801***
Página WEB_____CORREO ELECTRONICO: ***administracion@secuair.com.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***
d) Autor retenedor de renta ____ *Resolución* _____
e) Retenedor de IVA ____ *Resolución* _____
*f) Régimen Simple de tributación*_____

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

Contribuyente de Industria y Comercio SI ***X*** *NO* _____
Actividad económica Principal: Código: ***4329*** *Código CIIU: :* ***4329*** *Tarifa:* ***6,9%***

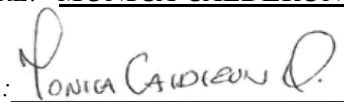
NOTA: Si es responsable de ICA, en otras ciudades, relacionar en anexo.

3. Para efectuar el pago o abono se puede realizar mediante traslado o consignación en la cuenta:
Cte.____ Ahorro ***X*** *No.* **29126962833** *Banco* ***BANCOLOMBIA,*** *Ciudad* ***BUCARAMANGA****, Sucursal* ***LAS PALMAS.***

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: ***MÓNICA CALDERÓN ORDUÑA***

FIRMA: *C. C.* ***52.532.252*** *DE* ***BOGOTÁ D.C.***
FECHA: ***16 DE ABRIL DEL 2024***

Uso exclusivo del Grupo Nacional de Gestión Contable y de Costos

Creación y/o actualización en SIAF:Funcionario:_____,Firma:_____Fecha_____,Dependencia:_____

Creación y/o actualización en SIIF: Funcionario: _____,Firma:_____Fecha_____Dependencia:_____

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