ANEXO 4

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: Bogotá 01 de agosto 2024 NIT X C. C.___ No. 901303006-3
Nombre o Razón Social Water – Ing SAS
Entidad Pública _____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal cra 72B 49ª-64 Piso 2 Ciudad: Bogotá Teléfono3205604941
Página WEB www.water-ing.com CORREO ELECTRONICO: manuelgiral@water-ing.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
d) Autor retenedor de renta ____ Resolución _____
e) Retenedor de IVA ____ Resolución _____
f) Régimen Simple de tributación X

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

Contribuyente de Industria y Comercio SI ____ NO _____
*Actividad económica Principal: Código _____Código CIIU 7490 Tarifa 10*1000*

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 232836338 Banco Banco de Occidente, Ciudad Bogotá, Sucursal Eden
NOTA: El titular de la cuenta bancaria debe coincidir con el nombre o razón social del proveedor.

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: Luis Manuel Giral Martinez

FIRMA:  *C. C.79727196 DE Bogotá*
FECHA 01 de Agosto 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:_____