MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia 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 BOGOTÁ FECHA **16/08/2024**

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	**PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA**
Fotocopia Cédula de Ciudadanía	Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio	Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.
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	**Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.**

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos 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. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. 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: TOP MEDICAL SYSTEMS S.A

Tipo documento de Identificación:			
Cédula de Ciudadanía:		No.	
Cédula de Extranjería:		No.	
NIT Persona Jurídica:	X	No. 860.350.543-9	
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:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima	X	**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 Economía Solidaria**	
Sociedad de Economía 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)		**Cooperativa de trabajo asociado**			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO	X	**ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO**	SI
	PÚBLICO			NO X
	MIXTO			

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PÚBLICO		%
	PRIVADO		%
	TOTAL		%

TOP MEDICAL SYSTEMS S.A REVISADO DPTO. CONTRATACIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	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		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	X	GRAN CONTRIBUYENTE	X
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	X	RETENCIÓN EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXÓGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMÚN	X	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI	X	NO

5. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCIÓN		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	X
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	

Dirección	Cra 18 A No. 103 - 47	Teléfono	601 805 3992
E-mail	topmedical@topmedical.com.co	Fax	7035720
País	Colombia	Región	
Ciudad	Bogotá		
Localización	Nacional X	Extranjera	
Página Web	http://topmedical.com.co/	Contacto	JAIME ALBERTO CAMARGO MUÑOZ
Designación del contacto		E-mail del contacto	jaimea.camargo@topmedical.com.co
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:	JAIME ALBERTO CAMARGO MUÑOZ
Otros		Tipo doc. Identificación	CEDÚLA DE CIUDADANIA
		No. Doc. Identificación	1.032.379.193

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

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

Entidad Financiera	BANCO DE BOGOTÁ	Número de Cuenta	009-076-654		
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	X	Ahorro		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)

TOP MEDICAL SYSTEMS S.A REVISADO OPTO. CONTRATACIÓN

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.