PROCICOL 46 Años
PROCIENTIFICA DE COLOMBIA SAS
NIT 891.408.710-7
CL 23 No. 6 31 PEREIRA
TEL. 606 3344151 CEL. 300 6138257
procicol@procicol.com

Material Medico Quirúrgico
Material de Osteosíntesis
Equipos y dotación para Hospitales, Laboratorios, Clínicas e Industrias.
Alquiler de Sillas de ruedas, Camas, Caminadores y Muletas

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: PEREIRA_ NIT 891.408.710-7_ C. C.___ No. _____

Nombre o Razón Social PROCIENTIFICA DE COLOMBIA SAS
Entidad Pública _____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal CALLE 23 6-31_Ciudad: PEREIRA__Teléfono PBX 3344151_____
Página WEB_____CORREO ELECTRONICO: procicol@procicol.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___
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 X ____ NO _____
Actividad económica Principal: Código _____Código CIIU ___4659_____ Tarifa _____

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 140102042801___ Banco COOMEVA_, Ciudad PEREIRA__, Sucursal ___

NOTA : El titular de la cuenta bancaria debe coincidir con el nombre o razón social del proveedor.

REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE: YORLADY GUTIERREZ HERNANDEZ___
FIRMA:_____ Firmado digitalmente por YORLADY GUTIERREZ HERNANDEZ Fecha: 2024.09.23 17:06:16 -05'00' **C. C. 42.086.989__ DE PEREIRA**
____
FECHA PEREIRA SEPTIEMBRE 24 DE 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:_____