FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - 2024

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, NOVIEMBRE 27 2024 NIT_X__ C. C.___ No. __10.008.962_____
Nombre o Razón Social ____INGENIAR INOX SAS _____
Entidad Pública _____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal __CRA 12 28-37_____Ciudad: __PEREIRA_____Teléfono__3146020390
Página WEB: WWW.INGENIARINOXIDABLES.COM CORREO ELECTRONICO: ingeniarinoxidables@yahoo.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_____

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

Contribuyente de Industria y Comercio SI _x___ NO _____
*Actividad económica Principal: Código _____3290_____Código CIIU Tarifa _4*1000 _____*
AUTORRETENEDOR

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 ____70891625624_____ Banco_____BANCOLOBMIA_____, Ciudad _____PEREIRA_____, Sucursal _____VICTORIA_____

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

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: ___JOSÉ ALEXANDER OSORIO SANTA_____

FIRMA:_____ C. C.___10.008.962_____ DE _____PEREIRA_____
FECHA_NOVIEMBRE 27 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:_____