MEDICINA LEGAL CIENCIAS FORENSES

NIT 800.150.861-1

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

GRUPO NACIONAL DE GESTION CONTABLE Y DE COSTOS

FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - 2020

*FORMULARIO Nº*_____

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: 29-07-2020 *NIT* X *C. C.* ___ *No.* 900.846.370 - 6
Nombre o Razón Social Control Services Engineering S.A.S
Entidad Pública _____ *Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública* _____.
Dirección Principal Calle 16 No. 9-48 *Ciudad:* Neiva *Teléfono* 3112479703
Página WEB No Aplica *CORREO ELECTRONICO:* controlservicelingo@gmail.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 _____

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

Contribuyente de Industria y Comercio SI X *NO* ____
Actividad económica Principal: Código _____ *Código CIIU* C3312 *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. X *Ahorro* ___ *No* 339050008857-4 *Banco* Banco Agrario, *Ciudad* Neiva,
Sucursal Regional Sur

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: Adolfo Mayorres Piñacue
FIRMA: _____ *C. C.* 80.777.737 *DE* Bogotá D.C
FECHA _____

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:*_____

Avenida las Américas No. 98 – 25 Teléfono 3136200 Ext.2660 – 2631.
drocadministrativa@medicinalegal.gov.co

Scanned by TapScanner