NIT 800.150.861-1
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO NACIONAL DE GESTION CONTABLE Y DE COSTOS

FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - 2020

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: 29 - 07-2020 *NIT* X *C. C.*___ *No.* 900608824-8
Nombre o Razón Social RED & TEC SAS
Entidad Pública _____ *Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública*_____.
Dirección Principal CALLE 54 6 58 *Ciudad:* TUNJA *Teléfono* 3156421027
*Página WEB*_____ *CORREO ELECTRONICO:* redytecsas@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 COMUN

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

Contribuyente de Industria y Comercio SI ____ *NO* _____
Actividad económica Principal: Código _____ *Código CIIU* 4321 *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* 31796725659 *Banco* BANCOLOMBIA, *Ciudad* ARAUCA,
Sucursal ARAUCA

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: GONZALO ARROYAVE RUIZ
*FIRMA:*_____ *C. C.* 1054090484 *DE* VILLA DE LEYVA
FECHA 29-07-2020

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