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: Dosquebradas, Julio 28 de 2020 *NIT* **900.415.881-9** *C.C No.* 18.511.204
Nombre o Razón Social **REFRIGERAR INGENIERIA S.A.S.**
*Entidad Pública*_____*Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública*_____.
Dirección Principal **Calle 4A Transv2d-16 Zona Ind L Badea Mz 1 Bod 3** *Ciudad:* **Dosquebradas** *Teléfono* **6-3354061** *Página WEB* **www.refrigerar.com.co** *CORREO ELECTRONICO:* **director@refrigerar.com.co**

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 **022012** *Código CIIU* **4322** *Tarifa* **5 x 1000**

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* **465216869** *Banco* **Banco de Bogotá**, *Ciudad* **Pereira**,
Sucursal **Parque Olaya**

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: **CARLOS AUGUSTO BENJUMEA LOPEZ**

*FIRMA:*_____ *C. C.* **18.511.204** *DE* **Dosquebradas**

FECHA **Julio 28 de 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