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, 1 de Abril 2025 NIT_X__ C. C.___ No.900.560711-5
Nombre o Razón Social MULTIPLEX SOLUCIONES DE INGENIERIA S.A.S
Entidad Pública _____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal CALLE 28 No 38B 58_Ciudad: PEREIRA Teléfono 3105001565
Página WEB_____CORREO ELECTRONICO: multiplexingenieriasas@gmail,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 _____Código CIIU _____ 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 72389102092 *_ Banco_BANCOLOMBIA__, Ciudad Perira, Sucursal PARQUE ARBOLEDA*

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

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: MAURICIO OSPINA MEZA
FIRMA:_____ C. C.16.074.552 DE MANIZALES
FECHA_1 Abril 2025

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:_____