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: ____Barranquilla__NIT__x_ C. C.__ No._900273041-8.
Nombre o Razón Social **_SIGMA LAMBDA INGENIERIA LTDA_____**
Entidad Pública _Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal _KM 3 Via Puerto Colombia la Y Poste 195 _Ciudad:Puerto Colombia-Atlantico_Teléfono__3015791187
*PáginaWEB___WWW.SIGMALAMBDA.COM.CO____CORREO ELECTRONICO: ventas@sigmalambda.com.co_*
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_____común_____

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

Contribuyente de Industria y Comercio SI __x__ NO _____
Actividad económica Principal: Código _____3900_____Código CIIU _____4290_____ 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.__483-00000-66__ Ahorro __x_ No _____ Banco_____Bancolombia_____, Ciudad _____Barranquilla_____, Sucursal _____Calle 46_____

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

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBREAlejandroVelasquezFranco_____

FIRMA:_____ C. C.__72.227,127_____ DE _____Barranquilla_____
FECHA_____junio 10 del 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:_____