ANEXO 10
FORMATO DE INFORMACION TRIBUTARIA

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.

Bogotá, 01 de octubre de 2020

Razón Social	**:** AVANTIKA COLOMBIA S A.S. NIT: 890.101.977-3
Entidad Pública	: ___
Dirección Principal	: Kra 57 N° 74 – 55 Barranquilla
Teléfono	: (1) 743-5505
Correo electrónico	: bogota.estado1@avantika.com.co bogota@avantika.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 4659 Código CIIU _4659__ Tarifa __9.66__

3. Para efectuar el pago o abono se puede realizar mediante traslado o consignación en la cuenta:

Cte_X Ahorro _ Nº 048-186874-60 Banco: Bancolombia, Ciudad: Bogotá Sucursal: Av. Chile.

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.

IVAN ALBERTO ANTEQUERA CASTRO
Representante Legal
C. C. 8.533.510
01 de Octubre 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 SIAF: Funcionario:_____ Firma:_____
Fecha_____.Dependencia:_____