FORMULARIO No 4

FORMATO DE INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRETA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

1.1. Consorcio o Unión Temporal		1.11. Persona Natural Extranjera	
1.2. Departamento		1.12. Persona Natural Nacional	X
1.3. Empresa Pública no Financiera		1.13. Persona Jurídica Nacional Sector Privado	
1.4. Empresa Pública Financiera		1.14. Persona Jurídica Publica Administracion Central Nacional	
1.5. Establecimiento Publico Nacional		1.15. Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.6. Gobierno Extranjero		1.16. Regional sin Nit Especial	
1.7. Municipio		1.17. Resguardo	
1.8. Otra Publica Departamental		1.18. Sociedad de Economía Mixta	
1.9. Otra Publica Municipal		1.19. Universidad Publica	
1.10 Otro beneficiario		1.20. Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2. TIPO DE DOCUMENTO

2.1. Cedula de Ciudadanía		2.4. Otro Tipo de Documentacion	
2.2. Cedula de Extranjeria		2.5. Pasaporte	
2.3. Numero de Identificacion Tributaria	X	2.6. Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO 8 3 0 1 4 6 0 1 6 - 6

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3. TIPO DE RETENCION

3.1 Autoretenedor no Gran Contribuyente		3.5. General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	
3.2. Entidad Estatal o sin animo de lucro		3.6. Régimen Común	X
3.3. Gran contribuyente Autoretenedor		3.7. Régimen Simplificado	
3.4. Gran contribuyente no Autoretenedor			

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	M&M Equipos Médicos SAS
5. PAÍS	Colombia
6. CIUDAD	Bogotá
7. TELÉFONO Y FAX	744 98 70
8. DIRECCIÓN	Calle 98 #70-91 oficina 911
9. E - MAIL	comercial@mmequiposmedicos.com.c

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA: DAVIVIENDA
2. NUMERO DE LA CUENTA: 4 7 4 7 6 9 9 9 9 7 0 4
3. CLASE DE CUENTA: CORRIENTE X AHORROS

ANEXAR CERTIFICACIÓN

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA: 09 de octubre de 2020

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: FLORALBA FORIGUA SILVA

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL: