DIAN	REGISTRO DE TERCEROS	FT-ADF-1507
Proceso: Administrativo y Financiero		**Versión** 3

Datos básicos del tercero

Tipo de documento	Número de identificación	DV	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Otros nombres
NIT	**900487162**	**1**	GONZALEZ	VIDAL	NILA	ESTHER

Razón social

REPRESENTACIONES Y SERVICIOS JM SAS

Dirección	Correo electrónico
BARRIO LAS GAVIOTAS	JUMALINI2203@HOTMAIL.COM

País	Departamento	Ciudad / Municipio	Teléfono
COLOMBIA	**SAN ANDRES**	SAN ANDRES	**3176604990**

Actividad IICA - CIIU (Industria y comercio)

8129

Información bancaria del tercero

No. Cuenta bancaria	Clase de cuenta	Banco / Corporación	Sucursal	Ciudad
266000204237	**Ahorros**	**DAVIVIENDA**	**SAN ANDRES**	**SAN ANDRES**

Notas:

Favor diligenciar completamente cada una de las casillas que se incluyen en este formato. Esta información es indispensable para ingresar de manera exacta y confiable los datos en nuestro sistema financiero.

Esta información debe ir acompañada de la certificación expedida por el banco en donde el proveedor posee la cuenta. Anexar el RUT (Cuando aplique) ó el documento de identidad que identifique al tercero persona natural.



Firma del tercero

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FIRMANTE:_ NILA GONZALEZ VIDAL

NUMERO DE DOCUMENTO DEL FIRMANTE___45474654_____

Nota: En todos los eventos el firmante deberá ser el que la normatividad vigente autorice.

Fecha elaboración **2026-03-29**

FORMATO No. 7

FORMATO TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS

Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de San Andrés
800.197.268-4

Solicitud inicial (X) Solicitud de modificación ( ) Fecha 29 de marzo de 2026

Yo, **NILA GONZALEZ VIDAL** identificado con cédula de ciudadanía No. **45474654** de **CARTAGENA,** autorizó a la Tesorería de la **U.A.E. DIAN** para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor X o a favor de la Entidad que Representó ( ) a través de la utilización del sistema de transferencia electrónica de fondos, mediante el abono de los recursos a la cuenta que se indica a continuación:

Nombre de la Cuenta: _CUENTA DE AHORRO_____

Identificación del Titular: 45.474.654__ _____

Banco: _DAVIVIENDA__ _____

Ciudad donde tiene la cuenta: SAN ANDRES_____

Dirección y Teléfono de la oficina donde tiene la cuenta: __AVE, DUARTE BLUE_

Nombre Sucursal u Oficina: SAN ANDRES_ ___ Código

5	1			

Tipo de Cuenta: Ahorros (X) Corriente ( )

Número de la Cuenta: (Favor diligenciar un digito por casilla)

2	6	6	0	0	0	2	0	4	2	3	7	-	-	-

Así mismo autorizó a la Tesorería de la U.A.E. DIAN a que los soportes de pago respectivos me sean enviados a la dirección de Internet o de Correo Electrónico que señalo a continuación y en caso de carecer de la misma, al número de fax que igualmente indico:

E-mail: : jumalini2203@hotamil.com

Teléfonos: _3176604990___ _____

Fax: _____

NOTA: La confirmación vía mail se hace una vez la tesorería conozca que el abono ha sido éxito.

REPRESENTACIONES Y SERVICIOS JM S.A.S

Nit:.900487162-1

Programa de Saneamiento Básico, para una mejor calidad de vida

HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES CORRECTA, Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER INCONSISTENCIA DE LA MISMA.

HUELLA DACTILAR

Firma
C.C. No. 45.474.654_____