Instituto Nacional de Salud	PROCESO GESTION FINANCIERA	INFORMACION DE TERCEROS	Version: 04
		FOR-A09.0000-009	2020-04-30

Imprima únicamente la(s) página(s) de este formato a las cuales aplica.

CONSORCIO ☐ **UNIÓN TEMPORAL** ☐

FECHA: _____

RAZÓN SOCIAL : _____

No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD : _____ N.I.T. ☐ OTRO ☐

OTRO DOCUMENTO: _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONOS _____ FAX _____

DEPARTAMENTO _____ **CIUDAD** _____

PAIS _____ E - MAIL _____

PÁGINA WEB: _____ APARTADO AÉREO: _____

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE : _____ CARGO: _____

No. IDENTIFICACIÓN : _____ FECHA EXPEDICIÓN: _____

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA C.I.I.U. _____

DESIGNACIÓN ACTIV. ECON. _____

RÉGIMEN TRIBUTARIO: COMÚN ☐ GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☐

RESPONSABILIDADES TRIBUTARIAS

RENTA ☐ IVA ☐ ICA ☐ RETENCIÓN EN LA FUENTE SI ☐ NO ☐

OTRA ☐ CUAL? _____ AUTORRETENEDOR SI ☐ NO ☐

OBJETO DEL CONSORCIO O LA UNIÓN TEMPORAL: _____

INTEGRANTES DEL CONSORCIO O LA UNIÓN TEMPORAL

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	% PARTICIP
1.		
2.		
3.		
4.		

CUENTA BANCARIA No. _____ CTE. ☐ AHORROS ☐

BANCO: _____

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- FOTOCOPIA RUT ACTUALIZADO Y COMPLETO DONDE SE EVIDENCIE INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL
- CERTIFICACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS DE EXPEDICION (SI APLICA)

Nota: En virtud del articulo 9 de la Ley Estatutaria 1581 del 2012, por la cual la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, autorizo el uso de la información registrada en este formato, la cual sera utilizada para la mision institucional, en desarrollo de sus funciones como entidad publica de caracter cientifico-tecnica en salud publica, en los terminos y condiciones señalados por mencionada normatividad.

_____

FIRMA