NIT 800.150.861-1
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO NACIONAL DE GESTION CONTABLE Y DE COSTOS

FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA- 2026

FORMULARIO N°_____

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: __Bogotá DC, 2026-05-28__ NIT___ C. C._X__ No. _900933266-0_____
Nombre o Razón Social __ARAGAC SAS_____

Entidad Pública _____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal __Calle 23 No 72D-27 T4 Of408_____Ciudad: Bogotá DC_Teléfono_3118342686
Página WEB _____NA_____ CORREO ELECTRONICO: aragac.proyect@gmail.

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 ____ NO _X____
*Actividad económica Principal: Código ___7120_____Código CIIU _____7120_____ Tarifa _____6.9*1000_____*

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.____ Ahorro _X__ No __388-000066-11___ Banco_BANCOLOMBIA_,
Ciudad _ BOGOTA DC _____, Sucursal _ CC HAYUELOS _____

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.

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: Andrea del Pilar Rincón Vivas

FIRMA: _____ C. C._46455729_____ DE Duitama (Boyacá)

FECHA_2026-05-28

Dirección Calle 45 No. 1-51 Bucaramanga - drnoadministrativa@medicinalegal.gov.co
Conmutador: 6854966 – Ext: 40015 - 40008
www.medicinalegal.gov.co

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:_____

Dirección Calle 45 No. 1-51 Bucaramanga - drnoadministrativa@medicinalegal.gov.co
Conmutador: 6854966 – Ext: 40015 - 40008
www.medicinalegal.gov.co