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

FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA- 2026

FORMULARIO N°001

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: Bucaramanga, 26 de mayo de 2025 NIT __X__ C. C.___ No. 901.378.857- 6
Nombre o Razón Social MULTITINTAS.INK SAS
Entidad Pública_____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal Carrera 33 No. 48-99 Lc 02 Ed Fucasa Ciudad: Bucaramanga Teléfono 315 2294775
Página WEB https://sites.google.com/view/multitintas-ink/inicio CORREO ELECTRONICO: gobierno@multitintasink.com

1. Marque con una X si ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales es:

a) Contribuyente del impuesto de renta ____
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 __213 Código CIIU 4651 Tarifa 9,6

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.__X__ Ahorro ___ No 108969980805 Banco DAVIVIENDA

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: Luis Francisco Niño Salcedo

FIRMA:_____ C. C.17.594.443 DE Arauca
FECHA: 26/05/2026

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