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

FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - 2026

ANEXO 4

FORMULARIO N°_____

ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO EN ARCHIVO PDF AL CORREO contabilidad@medicinalegal.gov.co Donde será numerado consecutivamente.

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 D.C*** *NIT* ***830067880-4*** *C. C.* ***X*** *No.* ***79264084***
Nombre o Razón Social ***C.I Global Scientific S.A.S***
Entidad Pública _____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal _ Carrera ***15 No. 52A-06 OFICINA 101*** *Ciudad:* ***Bogotá D.C*** *Teléfono* ***3012841808***
Página WEB__ ***https://www.globalsci.com.co*** *CORREO ELECTRONICO:* ***info@globalsci.com.co***
_____

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 ***3313*** *Código CIIU* ***3313*** *Tarifa* ***9.66***

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* ***040931685*** *Banco* ***DE BOGOTA*** *, Ciudad* ***BOGOTA D.C*** *, Sucursal* ***CHAPINERO***

NOTA : El titular de la cuenta bancaria debe coincidir con el nombre o razón social del proveedor.

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: ***Mario Hernandez Benavides***

FIRMA:_____ C. C. ***79264084*** *DE* ***Bogotá D.C***
FECHA ***03/06/2026***

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:_____