



**NIT 800.150.861-1**  
**SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**  
**GRUPO NACIONAL DE GESTIÓN CONTABLE Y DE COSTOS**  
**FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA- 2025**

FORMULARIO N° \_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO EN ARCHIVO PDF AL CORREO [contabilidad@medicinalegal.gov.co](mailto: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: **BUCARAMANGA, OCTUBRE 25 2023** NIT No. **901.256.414-3**

Nombre o Razón Social **AGROFUMIGACION INDUSTRIAL S.A.S.**

Entidad Pública \_\_\_\_\_ Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública \_\_\_\_\_.

Dirección Principal **CALLE 9 # 15 – 74** Ciudad: **BUCARAMANGA** Teléfono **6076821076-6076345163**

Página WEB \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: **agrofumigacionindustrial@hotmail.com**

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

- a) Contribuyente del impuesto de renta SI  
b) Gran contribuyente \_\_\_\_\_ Resolución \_\_\_\_\_  
c) Responsable del IVA SI  
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 \_\_\_\_\_ Código CIU 8129 Tarifa \_\_\_\_\_

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:

Ahorro No **09000000459** Banco **BANCOLOMBIA**, Ciudad **BUCARAMANGA**, Sucursal **MEGAMALL**

**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: **CECILIA MURILLO**  
**MARTINEZ** FECHA JUNIO 24 DE 2026

C. C. **63.337.811 DE BUCARAMANGA**

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: \_\_\_\_\_