NIT 800.150.861-1
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO NACIONAL DE GESTION 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 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 CIIU ___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 26 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:_____

Carrera 13 No. 6 A 97 PISO 1 Edificio Docencia Teléfono 4069977- 6061106 Ext.1831-1832
Contabilidad@medicinalegal.gov.co