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: Bucaramanga, julio 03 de 2026 NIT: X No. 900.921.684-4
Nombre o Razón Social: SERVINTEBA SAS
Entidad Pública_____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal: Carrera 22 No 21-29 Ciudad: Bucaramanga. Teléfono: 3232215911
Página WEB_____CORREO ELECTRONICO: serviciosintegralesballen@gmail.com

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 __X__ NO _____
Actividad económica Principal: Código: 4752 Código CIIU : 4752 Tarifa: 6X1000

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 30200003440 Banco: Bancolombia, Ciudad: Bucaramanga. Sucursal: Quebradaseca

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: CATHERINE BALLEN VILLARREAL

FIRMA:_____ C. C.1.098.727.375 DE Bucaramanga
FECHA: 28/04/2026

Uso exclusivo del Grupo Nacional de Gestión Contable y de Costos

Creación y/o actualización en SIAF:Funcionario:_____,Firma:_____Fecha_____.Dependencia:_____

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

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