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 _X__C. C.____ No. 804.003.2222 - 9_____
Nombre o Razón Social PROVEO S.A.S_____
Entidad Pública _____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.
Dirección Principal Carrera 38 A 25 B 13 Ciudad: Bogotá D.C. Teléfono 318 7079056
Página WEB https://proveoltda.com CORREO ELECTRONICO: lfernandag@proveoltda.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 _____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._____ Ahorro _X__ No 658-828074 _____ Banco de Occidente, Ciudad Bogotá D.C.

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

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: Luisa Fernanda González

FIRMA:  *C. C.1.026.554.512 DE Bogotá D.C.*
FECHA: 7 de Octubre de 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:_____