MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

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

# FORMATO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA- 2018

***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.***

*Ciudad y Fecha: Bogotá D.C 23 julio 2018 NIT: 860.000.580-0*
*Nombre o Razón Social Merck S.A.*
*Entidad Pública____Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública_____.*
*Dirección Principal: Av. Cra 9 N° 101-67. Ciudad: Bogotá D.C Teléfono: 4254777*
*CORREO ELECTRONICO: Pablo.Barros@merckgroup.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 X Resolución 000076*
*c) Responsable del IVA X Si marco X indique si es Régimen Común X o Régimen simplificado. _____*
*d) Autor retenedor de renta X Resolución 6192*
*e) Retenedor de IVA X Resolución*

Betty S

***2. Por la Administración de Impuestos Distritales o municipales como:***

*Contribuyente de Industria y Comercio SI X NO _____*
*Actividad económica Principal: Código 201 Código CIIU 4645 Tarifa 4.14 x mil*

Betty S

***3. Para efectuar el pago o abono se puede realizar mediante traslado o consignación en la cuenta:***
*Cte.____ Ahorro X No 00720008461-9 Banco Davivienda, Ciudad Bogotá, Sucursal Zona industrial*
*Cte. ___ Ahorro____ No_____ Banco _____, Ciudad_____*
*Sucursal_____.*

***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: LUZ MERY LOPEZ*
*FIRMA: _____ C. C. 51.551.357 DE Bogota D.C*
*FECHA 23 de julio 2018*

*Creación en SIAF: Funcionario: _____,Firma:_____, Fecha. Dependencia:_____*



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