

FORMULARIO 2

DATOS BASICOS BENEFICIARIO DE CUENTA

Bucaramanga 15 de Abril de 2019

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el sistema integrado de informacion financiera SIIF-Nación

APERTURA

☒

CANCELACION

☐

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Nombre y razon social: **CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR CEDCO SAS**

Nit: **804013775-2**

direccion: **Cll 48 27-49 Nuevo Sotomayor** telefono: **6972486**

E-mail **contratacion@cedco.com.co** Fax: **6573946**

Departamento: **Santander** Ciudad **Bucaramanga** Municipio **Bucaramanga**

Denominacion de la cuenta corriente ☒ Ahorros ☐

teniendo en cuenta la tesoreria informará al proveedor sobre la realizacion de pagos, indicando el dia del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que este verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la entidadel proponente deberá indicar el correo electronico para tal efecto.

Correo electronico : **contratacion@cedco.com.co**

SI (X)

Telefono: **6972486**

SI (X)

II DATOS DE ENTIDAD DE CREDITO

Entidad Financiera: **Banco BBVA** Codigo

Sucursal: **Real de minas** Ciudad **Bucaramanga**

Direccion: **real de minas** Telefono Fax

Numero de cuenta: **355007832**

NOTA 2 : Adjuntar original de certificacion bancaria indicando que la cuenta esta activa y vigente. Así mismo se debe verificar que su expedicion no sea mayor a 30 días



NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO