**ANEXO 3**
**DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF**

**PROCESO DE CONTRATACIÓN DE CONTRATACIÓN DE MINIMA CUANTÍA No.XX** DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

**DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF**

CIUDAD: Bogotá FECHA:

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida / terminada en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.
APERTURA ___ CANCELACIÓN_____

**I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE** (Beneficiario)

Entidad:
Beneficiario:
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Departamento _____Ciudad_____ __
Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

**II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO**:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar original de la Certificación Bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO