INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN "INSECAR"
Nit: 819006193-1

FORMULARIO N. 2

BENEFICIARIO CUENTA SIIF

CIUDAD: SANTA MARTA **FECHA: 18 de mayo del 2021**

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF- Nación

I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURIDICA (Beneficiario)

Nombre o razón Social: **INSECAR SAS**

Tipo documento de identificación

Cedula de ciudadanía		No.	
Cedula Extranjería		No.	
Nit Persona Jurídica	X	**No. 819006193-1**	
Nit Persona Natural		No.	Cuál?
Otro tipo de Documento		No.	
Pasaporte		No.	
Tarjeta de identidad		No.	

Dirección: AV. LIBERTADOR N. 15-61 Teléfono: 4215937
E-mail: insecarcartera@hotmail.com fax:_____
Departamento: Magdalena Ciudad: Santa Marta Municipio: Santa Marta
Denominación de la Cuenta: Corriente: X De Ahorros:____

NOTA 1: Adjuntar fotocopia legible: Cedula de Ciudadanía, RUT o registró Cámara o documento equivalente.

II DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Entidad Financiera: BANCO DE OCCIDENTE CODIGO: 000023
Sucursal: OFICINA CALLE 14 Ciudad: Santa Marta
Dirección: calle 14 N. 15-68 Teléfono: 4211900
Número de la cuenta: 87500005-1

NOTA 2: Adjuntar la Certificación Bancaria, indicando que la cuenta está activa y vigente. Asimismo se debe verificar que su expedición no sea mayor a treinta días.

INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN "INSECAR"
Nit: 819006193-1

El Beneficiario debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT

KATIA MARIA MEJIA FONTALVO
NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

Solicitud Aprobada_____ Solicitud Rechazada_____
Vo Bo Vo Bo
Nombre y firma del funcionario perfil presupuesto Nombre Y firma funcionario Perfil beneficiario cuenta

Avenida del Libertador No 15-61 Tel Fax 4215937 - 4351565
Insecar1561@hotmail.com

530