FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Cartagena **FECHA** 11 de Mayo de 2021

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA x CANCELACIÓN

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario: UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA S.A.S NIT: 800008240
Y/O
C.C.
Dirección: Pie de la Popa Calle 30 # 20 -71 Teléfono: 6724263 Fax: 6665515

Departamento Bolivar Ciudad Cartagena Municipio

Denominación de la cuenta **Corriente**

Ahorros: X

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: cartera@clioftal.com SI (X)

TELÉFONO: 3186306453 – 6724263 EXT 116 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera BANCOLOMBIA Código 007

Sucursal MALL PLAZA Código 07098 Ciudad Cartagena

Dirección Centro Comercial MALL PLAZA Teléfono: Fax

Número de la cuenta 504571784-07
(Adjuntar certificación bancaria)

ROLANDO BECHARA CASTILLA
REPRESENTANTE LEGAL
UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA SAS
NIT 800008240-1