FORMULARIO No. 2

FORMATO DE INFORMACIÓN DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRETA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

1.1. Consorcio o Unión Temporal		1.11. Persona Natural Extranjera	
1.2. Departamento		1.12. Persona Natural Nacional	
1.3. Empresa Pública no Financiera		1.13. Persona Jurídica Nacional Sector Privado	X
1.4. Empresa Pública Financiera		1.14. Persona Jurídica Publica Administracion Central Nacional	
1.5. Establecimiento Publico Nacional		1.15. Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.6. Gobierno Extranjero		1.16. Regional sin Nit Especial	
1.7. Municipio		1.17. Resguardo	
1.8. Otra Publica Departamental		1.18. Sociedad de Economia Mixta	
1.9. Otra Publica Municipal		1.19. Universidad Publica	
1.10 Otro beneficiario		1.20. Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2. TIPO DE DOCUMENTO

2.1. Cedula de Ciudadanía		2.4. Otro Tipo de Documentacion	
2.2. Cedula de Extranjería		2.5. Pasaporte	
2.3. Numero de Identificacion Tributaria	X	2.6. Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO 8 0 0 1 1 9 5 7 4 - 0

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3. TIPO DE RETENCION

3.1 Autoretenedor no Gran Contribuyente		3.5. General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	
3.2. Entidad Estatal o sin animo de lucro		3.6. Régimen Común	X
3.3. Gran contribuyente Autoretenedor		3.7. Régimen Simplificado	
3.4. Gran contribuyente no Autoretenedor			

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Sociedad de Servicios oculares SAS.

5. PAÍS Colombia

6. CIUDAD Yopal - casanare

7. TELÉFONO Y FAX 3188109642.

8. DIRECCIÓN Calle 13 # 29-41

9. E - MAIL Facturacion@optisalud.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA

2. NUMERO DE LA CUENTA 5 0 5 - 0 1 0 8 9 2

3. CLASE DE CUENTA CORRIENTE X AHORROS

ANEXAR CERTIFICACIÓN

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 22 - Mayo - 2021

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Felipe Mauricio Moreno Zuloaga

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL