FORMULARIO No. 3
DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA

PROCESO DE CONTRATACIÓN MENOR CUANTIA No. 673-DIGSA-DMSOC-2021

CIUDAD Envigado FECHA 11-08-2021

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

APERTURA X CANCELACIÓN

DATOS ENTIDAD INFORMANTE:

Entidad BH SALUD S.A. NIT 811.041.448-3

Beneficiario SANTIAGO CORREA BEUTH C.C. 71.795.686

Dirección CRA 43 A 27 A SUR 86 LC 127 Teléfono **4-3220876** Fax -------

Departamento ANTIOQUIA Ciudad ENVIGADO

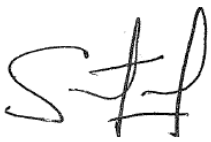
Cuenta Corriente X
Cuenta Ahorros
DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera BANCOLOMBIA Código 05

Sucursal LA AGUACATALA Código 375 Ciudad MEDELLIN

Dirección CALLE 15 SUR Nº 46-120 Teléfono 4449327 Fax -------

Número de la cuenta 94715903165
NOTA: Adjuntar el original de la certificación bancaria, expedida dentro de los tres (3) meses anteriores a la fecha de cierre del proceso.



BH SALUD S.A.
SANTIAGO CORREA BEUTH
REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO