DR. ALEJANDRO MARIO CARREÑO P.
MEDICO INMUNO ALERGOLOGO
UNIVERSIDAD DE PARIS

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD: BARRANQUILLA **FECHA: 26 DE OCTUBRE DE 2018**

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: ALEJANDRO MARIO CARREÑO PEREZ

Cedula de ciudadanía 72.153.005

Dirección Cll 80 N°43B -49

Teléfono 378 10 50 – 303 45 45

Departamento: ATLANTICO Ciudad BARRANQUILLA

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: alcapecha@gmail.com SI (X)

TELÉFONO: 309 15 31 – 378 10 50 – 303 45 45 SI (X)

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

Entidad Financiera DAVIVIENDA Código 051 Ciudad BARRANQUILLA

Dirección CALLE 76 ESQUINA Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta 0262-7006-7569 (Adjuntar certificación bancaria)

ALEJANDRO CARREÑO PEREZ
Medico Inmuno Alergólogo
R.M. 692/94

CLL 80 N° 43B – 49 TELEFONOS: 3034545 - 3781050 – 3091531 – 310 737 88 15
ATLANTICO – COLOMBIA