FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD MONTERIA FECHA 27 DE NOVIEMBRE DE 2017

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

APERTURA 28 DE DICIEMBRE DE 2018 CANCELACIÓN __

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario SURGYMAX ODONTOLOGICA SAS NIT 901.139.897-6
_____ Y/O
_____ C.C.

Dirección CRA 6 No. 62B 32 Teléfono 3003965639 Fax_____

Departamento CORDOBA Ciudad MONTERIA Municipio MONTERIA

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: Jtirador70@hotmail.com SI (_X_)

TELÉFONO: 3003965639 SI (_X_)

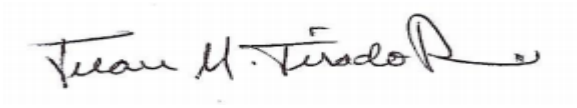
II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera __**BBVA**__ Código _____0013_____

Sucursal MONTERIA Código 0013 Ciudad MONTERIA

Dirección CRA 3ª 31-06 Teléfono 7822352 Fax_____

Número de la cuenta **0612-636738**



_____

JUAN MANUEL TIRADO ROMAN
Beneficiario