



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS
MILITARES
ARMADA NACIONAL
CENTRO DE MEDICINA NAVAL



Uso Exclusivo para
Registro y Radicación

FORMULARIO No. 7
"DATOS BENEFICIARIO DE CUENTA"

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD _____ FECHA _____

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema de Información Financiera - SIIF - Nación.

Apertura _____ Cancelación _____

1. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURIDICA (Beneficiario)

Nombre o Razón Social: _____

Tipo de documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía No. _____

Cédula de Extranjería No. _____

Nit Persona Jurídica No. _____

Nit Persona Natural No. _____

Otro tipo de documento. No. _____ Cúal?: _____

Pasaporte No. _____

Tarjeta de Identidad No. _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Denominación de la Cuenta:

Ahorros: _____ Corriente: _____

Nota 1: Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.

2. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Entidad Financiera: _____ Código _____

Sucursal: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Número de la Cuenta: _____

Nota 2: Adjuntar original de la certificación bancaria, indicando que la cuenta está activa y vigente. Así mismo, se debe verificar que su expedición no sea mayor a treinta (30) días.

El beneficiario, debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT.

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

