FORMULARIO 4
DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

PROCESO DE CONTRATACIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No.XX DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

CIUDAD: Bogotá FECHA:

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad:
Beneficiario:
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Departamento _____Ciudad_____ __
Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar original de la Certificación Bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO