FORMULARIO N°. 2
BENEFICIARIO CUENTA SIIF

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD MONTERIA FECHA ABRIL 29 DE 2019

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

Apertura [X] Cancelación [ ]

I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA (Beneficiario).

Nombre o Razón Social: ORTHO ESTHETIC SPA
Tipo Documento de Identificación:

Cédula de Ciudadanía: [ ] No.
Cédula de Extranjería: [ ] No.
Nit Persona Jurídica: [X] No. 900315498-1
Nit Persona Natural: [ ] No.
Otro Tipo Documento: [ ] No. Cúal:
Pasaporte: [ ] No.
Tarjeta de Identidad: [ ] No.
Dirección: CALLE 25 # 2-17 Teléfono: 7826464
E-mail orthoestheticspa@hotmail.com Fax:
Departamento: Córdoba Ciudad: MONTERIA Municipio:
Denominación de la cuenta: corriente: 09155013521 de ahorros:

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

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera: Bancolombia Código:
Sucursal: Montería Ciudad: Montería
Dirección: Calle 30 Cra 1 Teléfono: 1 800 0912345 Fax:
Número de la Cuenta: 09155013521

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

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

NOMBRE Y FI RIO

ALEX PANZZA NEGRETE
C.C 11.800.506
Gerente Ortho Esthetic Spa
NIT. 900315498-1

Solicitud Aprobada: Solicitud Rechazada:

Vo Bo:
Nombre y firma Funcionario Perfil Presupuesto

Vo Bo:
Nombre y Firma Funcionario Perfil Beneficiario Cuenta

OBSERVACIONES:

NOTA 3: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.

NOTA 4: El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.