FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD SANTA MARTA **FECHA 06/05/2019**

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 CLINIC SMILE S.A.S. NIT 900.262.420-9
Y/O
C.C.
Dirección AV. LIBERT. No. 19A-57 teléfono 4204810 Fax 4357407

Departamento Magdalena Ciudad Santa Marta Municipio Santa Marta

Denominación de la cuenta **Corriente X**

Ahorros

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: **clinicsmile@hotmail.com** SI (x)

TELÉFONO: 4204810 SI (x)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera BANCO DE OCCIDENTE Código

Sucursal AV. LIBERTADOR Código Ciudad SANTA MARTA

Dirección AV. LIBERT. Teléfono 4395151 Fax

Número de la cuenta 875002669

SANDRA PATRICIA LINERO ROA
C.C. 52.377.241 de Bogotá D.C.