FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD: BOGOTA FECHA 07 DE JUNIO DE 2019

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

APERTURA 07 DE DICIEMBRE DE 2017 CANCELACIÓN **N/A**

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario: HEALTHUMANA S.A.S

NIT:900.751.323-0
Y/O:ANA MARIA LAMOUROUX
C.C.52.045.513
Teléfono:5175689
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio: BOGOTA

Dirección: CARRERA 23#164-26
Fax;
Ciudad: BOGOTA

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 proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: licitacioneshu@gmail.com SI (X)
TELÉFONO: 5175689-3212701131 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera: BANCO BBVA
Sucursal: Zona Franca cll 13 Código 917
Dirección: CARRERA 23#164-26
Fax
Número de la cuenta: **001309466010022522**

Código 13
Ciudad: BOGOTA
Teléfono:51756-89-321270131

(Adjuntar certificación bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Anexar: **Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal**