

**FORMULARIO No. 2  
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA**

**CIUDAD** CUCUTA

**FECHA** JULIO 10 DE 2019

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

**APERTURA** XX

**CANCELACIÓN** \_\_\_\_\_

**I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)**

Entidad o beneficiario CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA SAS  
NIT 807002152-8 Y/O \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_  
Dirección CALLE 16 No. 0E-25 CAOBOS Teléfono 5717442 Fax 5727949

Departamento NORTE DE SANTANDER Ciudad CUCUTA Municipio \_\_\_\_\_

Denominación de la cuenta **Corriente** : XXXX **Ahorros** \_\_\_\_\_

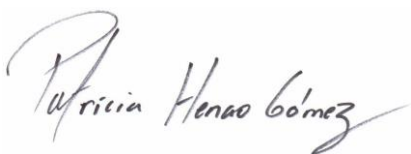
Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por 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: contador.clinicaoftalpenaranda@gmail.com SI (XXX)  
TELÉFONO: 5717442 – 3208583497 SI (XXXX)

**II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:**

Entidad Financiera BANCOLOMBIA Código 07  
Sucursal AVENIDA QUINTA Código 07 Ciudad CUCUTA  
Dirección AVENIDA 5 No.9-80 CENTRO Teléfono 5717554 Fax 5717786  
Número de la cuenta 59400167008  
(Adjuntar certificación bancaria)



**Firma Representante Legal:** \_\_\_\_\_  
**Nombre:** PATRICIA HENAO GOMEZ  
**C.C. N°:** 31.468.933 de Yumbo - Valle  
**Celular:** 313-8723923  
**Correo electrónico:** p\_henao@yahoo.es

Calle 16 N° 0E-25 Caobos

Pbx 5717442 Cúcuta - Colombia

[www.clinicapenaranda.com](http://www.clinicapenaranda.com)