CLINICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA
Su mejor punto de vista

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