FORMULARIO No. 3
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

No de proceso: PN DEQUI ARSAN MIC 116 2019

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NEUMOLOGIA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO Y LOS MUNICIPIOS DE ALCALÁ, CAICEDONIA, SEVILLA Y ULLOA VALLE

CIUDAD Armenia **FECHA** Octubre 18 de 2019

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

APERTURA 31/03/2014 CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario NEUMOVIDA SAS NIT 900680974-1

Dirección AV BOLIVAR 17 N INTERIOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Teléfono 7454550-7466629 Fax_____

Departamento QUINDIO Ciudad ARMENIA Municipio ARMENIA

Denominación de la cuenta **Corriente** _____ **Ahorros X**

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: neumovidacartera@gmail.com SI (X)

TELÉFONO: 7454550-7466629 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera DAVIVIENDA Código 51

Sucursal FUNDADORES Código 51 Ciudad ARMENIA

Dirección AV BOLIVAR No. 2 N 00 Teléfono7456908 EXT 366460 Fax_____

Número de la cuenta **136170223400**
(Adjuntar certificación bancaria)

Neumovida S.A.S
Nit: 900.680974-1

NEUMOVIDA SAS
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO