CLEAR DENT I.P.S. S.A.S
LA CALIDAD ES NUESTRA GARANTÍA

FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD SANTA MARTA **FECHA** JUNIO 05 DEL 2020

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 CLEARDENT IPS S.A.S. NIT: 900.740.437-4
Y/O JIMMY ADRIAN PALACIO ROMERO C.C. 1.118.806.725

Dirección: AVENIDA DEL LIBARTADOR NO. 16D – 47 Teléfono 4354353 Fax NO APLICA

Departamento MAGDALENA Ciudad SANTA MARTA Municipio NO APLICA
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: gerencia@ipscleardent.com SI (**X**)
TELÉFONO: 4354353 SI (**X**)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:
Entidad Financiera BANCO DAVIVIENDA Código 51
Sucursal LAS OLAS Ciudad SANTA MARTA
Dirección CALLE 23 CARRERA 5 CENTRO COMERCIAL LAS OLAS PLAZA LOCAL 7
Teléfono (5) 4212418 Fax NO APLICA
Número de la cuenta 116200-121329

JIMMY ADRIAN PALACIO ROMERO
CC. 1.118.806.725
REPRESENTANTE LEGAL