

Página 11 de 175	ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0041		
Fecha: 03/10/2017	PLIEGO SELECCIÓN ABREVIADA -PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD	
Versión: 2		

FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 237-2024

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Apartadó FECHA 09/09/2024

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Contratista)

Entidad o Contratista CLINICA DE URABÁ S.A NIT o C.C. 800.058.856-1

Dirección: DIAGONAL 99E No 106C 84 Teléfono 8156280

Fax _____

Departamento ANTIOQUIA Ciudad APARTADÓ o Municipio APARTADÓ

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE FINANCIERA:

Entidad Financiera DAVIVIENDA Código 51

Sucursal APARTADÓ Código 3937 Ciudad APARTADÓ

Dirección DIAGONAL 99E No 106C 84 Teléfono 8156280 Fax _____

Número de la cuenta 393769999946

Denominación de la cuenta Corriente ☒
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.

Página 12 de 175	ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL	
Código: 2BS-FR-0041			
Fecha: 03/10/2017			PLIEGO SELECCIÓN ABREVIADA -PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD
Versión: 2			

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: contabilidad@clinicadeuraba.com SI (X)

Teléfono: _____ SI (_ No _)

Atentamente;

Proponente: CLINICA DE URABA S.A.

Nombre: JUAN CANCIO RESTREPO GUTIERREZ

Documento de identidad 8.260.143 lugar de expedición: MEDELLÍN

NIT: 800.058.856-1.

Firma: _____

Cancio R.



CERTIFICACION

APARTADO, ANTIOQUIA, 20/08/2024

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CLINICA DE URABA SA** con NIT **800.058.856-1** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 393769999946

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA