FORMULARIO No. 2

DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD: PASTO 15 DE OCTUBRE DEL 2024

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el sistema integrado de información financiera SIIF.

Apertura: 27 de junio del 2017

1. DATOS DE LA ENTIDAD INFORMANTE (BENEFICIARIO)

   Entidad o beneficiario: EYD DISTRIBUCIONES HOSPITALARIAS NIT 1.085.274.643-1
   Y/O EVELYN VIVIANA PORTILLO C.C. 1.085.274.643-1
   Dirección: MANZANA A CASA 10 CONJUNTO PINOS DEL NORTE,
   Teléfono: 3175936167 Departamento NARIÑO Ciudad PASTO Municipio PASTO

   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 proponente deberá indicar el correo electrónico para el efecto.

CORREO ELECTRONICO: eyddistribucioneshospitalarias@gmail.com Si (X)

Teléfono: 3175936167 Si (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CREDITO:

Entidad financiera: BANCOLOMBIA Código: 07 Sucursal: Unicentro Código: _____ Ciudad: Pasto Dirección: Centro comercial Unicentro local 2-22 Telefono: 602 7223335 - Ext. 151

Número de cuenta: CUENTA DE AHORROS N. 879-785-147-21

Evelyn Viviana Portillo

EVELYN VIVIANA PORTILLO
C.C: 1.085.274.643

EYD Distribuciones Hospitalarias
NIT. 1085274643-1
Teléfonos 317 593 6167
323 818 9316