

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

1. TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1. Consorcio o Unión Temporal | ☐ | 1.10 Persona Natural Extranjera | ☐ |
| 1.1 Departamento | ☐ | 1.11 Persona Natural Nacional | ☒ |
| 1.2 Empresa Pública Nacional no Financiera | ☐ | 1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | ☐ |
| 1.3 Empresa Pública Nacional Financiera | ☐ | 1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | ☐ |
| 1.4 Establecimiento Público Nacional | ☐ | 1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | ☐ |
| 1.5 Gobierno Extranjero | ☐ | 1.15 Regional sin NIT Especial | ☐ |
| 1.6 Municipio | ☐ | 1.16 Resguardo | ☐ |
| 1.7 Otra Pública Departamental | ☐ | 1.17 Sociedad de Economía Mixta | ☐ |
| 1.8 Otra Pública Municipal | ☐ | 1.18 Universidad Pública | ☐ |
| 1.9 Otro Beneficiario | ☐ | 1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado | ☐ |

2. TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.1 Cédula de Ciudadanía | ☐ | 1.4 Otro Tipo de Documento | ☐ |
| 1.2 Cédula de Extranjería | ☐ | 1.5 Pasaporte | ☐ |
| 1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT) | ☒ | 1.6 Tarjeta de Identidad | ☐ |

NUMERO DEL DOCUMENTO

1 0 8 5 2 4 6 4 3 - 1

3. NOMBRE O RAZON SOCIAL

EYD DISTRIBUCIONES HOSPITALARIAS

4. PAIS

COLOMBIA

5. CIUDAD

PASTO

6. TELEFONO Y FAX

3175936167

7. DIRECCION

MANZANA A CASA 10 PINOS DEL NORTE

INFORMACION DE LA CUENTA

- | | |
|---|--|
| 1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA | BANCOLOMBIA |
| 2. NUMERO DE LA CUENTA | 8 7 9 7 8 5 1 4 7 2 1 |
| 3. CLASE DE CUENTA | CORRIENTE ☐ AHORROS ☒ |

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA PASTO 15 DE OCTUBRE DEL 2024

EYD Distribuciones Hospitalarias

NIT. 1085274643-1

Teléfonos 317 593 6167
302 818 9216

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Evelyn Viviana Portillo

