**FORMULARIO N° 2**

**DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA**

**CIUDAD____ARAUCA_____ FECHA ____JULIO 4 DE 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 _SOCIEDAD DE SERVICIOS OCUALRES S.A.S__ NIT __800.119.574-0__
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección ____ CLL 13 # 29 - 41__ Teléfono_3133375556_ Fax_____

Departamento __CASANARE____ Ciudad____YOPAL____ Municipio___YOPAL___

Denominación de la cuenta **Corriente** _X__

**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 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: _ tesoreria@optisalud.com / facturacion@optisalud.com __ SI (X)
TELÉFONO: _____3133375556_____ SI (_X_)

**II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:**

Entidad Financiera _____DAVIVIENDA ____ Código _____51_____
Sucursal ___CENTRO____Código ____51_____ Ciudad __YOPAL___
Dirección ____ CALLE 9 N° 19-56__Teléfono __ 3112110184____ Fax_____

Número de la cuenta ___ 000178008629___
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO