



## DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA

REF: PROCESO DE SELECCIÓN DE CONTRATACION DIRECTA

**Referencia:** Presentación de propuesta convocada por **EI HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, cuyo objeto es **"SUMINISTRO DEL SISTEMA DE TROMBOASPIRACIÓN INTELIGENTE PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"**

CIUDAD	<b>COTA-CUNDINAMARCA</b>	FECHA	<b>12/02/2026</b>
--------	--------------------------	-------	-------------------

**I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA (Beneficiario).**

Nombre o Razón Social: **COMPañÍA DE REPRESENTACIONES MEDICAS CTP MEDICA S.A**

Tipo Documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía:	<input type="text"/>	No.	
Cédula de Extranjería:	<input type="text"/>	No.	
Nit Persona Jurídica:	<input type="text"/>	No.	<b>800.121.151- 5</b>
Nit Persona Natural:	<input type="text"/>	No.	
Otro Tipo Documento:	<input type="text"/>	No.	Cuál:
Pasaporte:	<input type="text"/>	No.	
Tarjeta de Identidad:	<input type="text"/>	No.	

Dirección:	<b>Km 1.5 via Siberia -cota</b>	Teléfono:	<b>6019157033</b>		
E-mail	<b>Servicioalcliente2@ctpmedica.com</b>	Fax:	<b>N.A</b>		
Departamento:	<b>Cundinamarca</b>	Ciudad:	<b>Cota</b>	Municipio:	<b>Cota</b>
Denominación de la cuenta:		corriente:	<b>X</b>	de ahorros:	

**NOTA 1:** Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.

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

Entidad Financiera:	<b>BANCOLOMBIA</b>	Código:	<b>07</b>		
Sucursal:	<b>MERCANTIL</b>	Ciudad:	<b>Bogotá</b>		
Dirección:	<b>Cra.7ª. No.19-32</b>	Teléfono:	<b>747 7136</b>	Fax:	<b>-----</b>
Número de la cuenta:	<b>14105763494</b>				

**NOTA 2:** Adjuntar original de certificación bancaria, indicando que la cuenta está activa y vigente. Así mismo, se debe verificar que su expedición no sea mayor a 30 días.

El beneficiario, debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT.

**Firma y nombre del proponente y/o representante legal:**

Firma 

Nombre **CAROLINA PERDOMO MEZA**

Documento de Identificación **52.691.210**