ANEXO 3
DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

PROCESO DE CONTRATACIÓN DE CONTRATACIÓN DE MINIMA CUANTÍA No. . 673-DISAN-DMSOC-2020 DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

CIUDAD: Bogotá FECHA: 19 agosto 2020

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad: BH SALUD S.A.
Beneficiario: BH SALUD S.A.
Dirección _CRA 43 A 27 A SUR 86 LC 127 CENTRO EJECUTIVO LA CASONA ENVIGADO Teléfono: 3321062_ Fax___No tiene_____

Departamento __Antioquia_____Ciudad__Envigado_____ Municipio_____Envigado_____

Denominación de la cuenta Corriente: BANCOLOMBIA CORRIENTE 94715903165 _____

Ahorros ___NO_____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera __BANCOLOMBIA_____ Código ____05_____

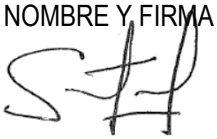
Sucursal ____LA AGUACATALA_____ Código __375_____Ciudad___MEDELLIN_____

Dirección _CALLE 15 SUR N° 46 - 120 local 111_____Teléfono_____4449327- 5109000_____ Fax_____

Número de la cuenta __94715903165_____

(Adjuntar original de la Certificación Bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO



SANTIAGO CORREA BEUTH
REPRESENTANTE LEGAL
BH SALUD