FORMULARIO No. 2
DATOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

CIUDAD: ____Bogotá____ Fecha 13 de Agosto de 2020.

Señores
DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA
Me permito certificar la siguiente información respecto de la:

Apertura **X** Cancelación

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

Nombre o Razón Social: **ASEBIOL SAS**

Tipo Documento de identificación: **860.520.408-2**

Cédula de Ciudadanía:		No.	
Cédula de Extranjería:		No.	
Nit Persona Jurídica:	**X**	No. **860.520.408-2**	
Nit Persona Natural:		No.	
Otro Tipo Documento:		No.	Cuál:
Pasaporte:		No.	
Tarjeta de Identidad:		No.	

Dirección: CALLE 84 Nº 22-39 Teléfono: 2189808

E-mail vlondono@asebiol.com ; Fax:

Departamento: Cundinamarca Ciudad: Bogotá Municipio: c/marca

Denominación de la cuenta: corriente: **X** 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: BANCO BOGOTÁ Código: 01

Sucursal: CHICO Ciudad:

Dirección: CRA 15 CALLE 90 Teléfono: 3820000 Fax:

Número de la cuenta: 008112609

Valentina Londoño

VALENTINA LONDOÑO
SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 52.698.399 DE BOGOTÁ
ASEBIOL SAS
860.520.408-2
6103050-2189808

Solicitud Aprobada:	Solicitud rechazada:
Vo Bo: **Nombre y firma func. perfil presupuesto** **OBSERVACIONES:**	**Vo Bo:** **Nombre y firma func.perfil beneficiario/cta**
NOTA 3: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.	
NOTA 4: El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo para la apertura de la cuenta bancaria.	

Valentina Londoño

VALENTINA LONDOÑO
SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 52.698.399 DE BOGOTÁ
ASEBIOL SAS
860.520.408-2
6103050-2189808