

FORMULARIO No. 3
DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

PROCESO DE CONTRATACIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No.XX DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

CIUDAD: Bogotá FECHA:

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

APERTURA ____ CANCELACIÓN ____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad:

Beneficiario:

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Departamento _____ Ciudad _____

____ Municipio _____

Denominación de la cuenta Corriente

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar original de la Certificación Bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO