Clínica de Oftalmología Sandiego

## FORMULARIO No. 2

## DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

### FORMATO DE INFORMACIÓN DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRETA, MAQUINA O COMPUTADOR

**1. TIPO DE BENEFICIARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1. Consorcio o Unión Temporal | | 1.11. Persona Natural Extranjera | |
| 1.2. Departamento | | 1.12. Persona Natural Nacional | |
| 1.3. Empresa Pública no Financiera | | 1.13. Persona Jurídica Nacional Sector Privado | X |
| 1.4. Empresa Pública Financiera | | 1.14. Persona Jurídica Publica Administracion Central Nacional | |
| 1.5. Establecimiento Publico Nacional | | 1.15. Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | |
| 1.6. Gobierno Extranjero | | 1.16. Regional sin Nit Especial | |
| 1.7. Municipio | | 1.17. Resguardo | |
| 1.8. Otra Publica Departamental | | 1.18. Sociedad de Economia Mixta | |
| 1.9. Otra Publica Municipal | | 1.19. Universidad Publica | |
| 1.10 Otro beneficiario | | 1.20. Empresa Industrial y Comercial del Estado | |

**2. TIPO DE DOCUMENTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1. Cedula de Ciudadanía | | 2.4. Otro Tipo de Documentacion | |
| 2.2. Cedula de Extranjería | | 2.5. Pasaporte | |
| 2.3. Numero de Identificacion Tributaria | X | 2.6. Tarjeta de Identidad | |

**NUMERO DEL DOCUMENTO** 9 0 0 1 9 1 3 6 2 - 4

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT**

**3. TIPO DE RETENCION**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1 Autoretenedor no Gran Contribuyente | | 3.5. General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | |
| 3.2. Entidad Estatal o sin animo de lucro | | 3.6. Régimen Común | X |
| 3.3. Gran contribuyente Autoretenedor | | 3.7. Régimen Simplificado | |
| 3.4. Gran contribuyente no Autoretenedor | | | |

**4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** Sociedad de Oftalmología y Cirugía Plástica de Cúcuta SA

**5. PAÍS** Colombia

**6. CIUDAD** Cúcuta

**7. TELÉFONO Y FAX** 5960150

**8. DIRECCIÓN** AV. 1 # 15-04 barrio la playa

**9. E - MAIL** clinicasandiegocucuta@gmail.com

### INFORMACIÓN DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA Banco de occidente

2. NUMERO DE LA CUENTA 6 2 5 0 0 4 2 2 1 _ _ _ _

3. CLASE DE CUENTA CORRIENTE [X] AHORROS [ ]

**ANEXAR CERTIFICACIÓN**

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA Noviembre 10 de 2020.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL MAYRON DARIO AREVALO QUINTERO

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL MAYRON AREVALO Q

Banco de Occidente

# C E R T I F I C A D O

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que nuestro cliente **SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA DE CUCUTA S.A.**, identificado con NIT **900.191.362-4**, es cuentahabiente del Banco de Occidente, desde el día 28 de mayo de 2010, a través de la cuenta corriente No**. 625-00422-1**, la cual está activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de **SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA DE CUCUTA S.A.,** es ser un "Cliente activo del Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy 09 de noviembre de 2020, dirigida a **POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIA NACIONAL.**

Cordialmente,

P/P
**HUGO ALFONSO MORA TRUJILLO**
Gerente de Relación Banca Empresarial (E)
Oficina Av. Gran Colombia
Teléfono: 5956363

**NUESTRO PROPOSITO, PRESTARLE MAS Y MEJORES SERVICIOS**