República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras
Grupo de Asistencia Técnica - Regional Vichada
Clasificada

BIENESTAR FAMILIAR

AUTORIZACIÓN PARA ABONO DIRECTO EN CUENTA DE AHORROS O CORRIENTE

CONTRATO No.	02-99001672025	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA Y TITULAR DE LA CUENTA	**E.S.E- HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS**	
NIT Ó CÉDULA DE CIUDADANÍA	NIT. Nro:	842.000.004-4
		CIUDAD: PUERTO CARREÑO
		FAX:

DESCRIPCIÓN CUENTA BANCARIA

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA	Señale con X	TIPO DE CUENTA Marque con una X		NÚMERO DE CUENTA
		Ahorros	Corriente	
BANCO COLOMBIA	X	X		
BANCO DE BOGOTA				**695074302**

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO AL ICBF PARA QUE GIRE LOS VALORES A MI FAVOR, EN DESARROLLO DEL CONTRATO **No. 02-99001672025**, EN LA CUENTA BANCARIA CUYO NÚMERO Y ENTIDAD FINANCIERA HE DESCRITO EN ESTE FORMULARIO.

NOMBRE DE QUIEN FIRMA EL CONTRATO	E.S.E- HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS
FIRMA DEL CONTRATISTA	

HUELLA INDICE DERECHO

FECHA: 29 de diciembre de 2025

IMPORTANTE:

* Este formulario debe ser diligenciado y firmado simultáneamente con la firma del primer contrato que se suscriba.

* Anexar certificación de la Entidad Bancaria donde conste que el contratista es titular de la cuenta aquí relacionada

Powered by CamScanner