FORMULARIO
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____CALI_____ FECHA ___2 DE MARZO DEL 2026__

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario **INTERCOMERCIAL MEDICA S.A.S**

NIT ___ **830501223**

_____

LELYS MIREYA MORALES Y/O
_____ C.C. _____

Dirección Cr 66ª 11 - 07_____ Teléfono_3176653701_____
Fax_(092)__3313040_____

_____ _____
_____

Departamento _VALLE DEL CAUCA _____ Ciudad_____CALI_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _X_____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _ im@intercomercialmedica.com
_____ SI (_X__)

TELÉFONO: _____3176653701_____ SI (__X_)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera BANCO DE OCCIDENTE Código __056_____

Sucursal CALI OFICINA Cr TERCERA Código_____O56_____Ciudad_____CALI_____

Dirección N° 8-13 Piso 10 Edificio Torre 2 Teléfono 4864141 Fax_____

Número de la cuenta 025878208

(Adjuntar certificación bancaria)

Cordialmente,

Lelys Mireya Morales R.

Firma representante legal del Proponente

Nombre del R.L.:	LELYS MIREYA MORALES
Documento de Identidad:	51.764.950 Expedida en Bogotá
Nombre del Proponente:	INTERCOMERCIAL MEDICA SAS
Dirección de correo electrónico principal:	CARRERA 66 N 11 – 07
NIT:	830.501.223-7