FORMULARIO No. 5

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

NOTA: DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1. Consorcio o Unión Temporal		1.10 Persona Natural Extranjera	
1.1 Departamento		1.11 Persona Natural Nacional	
1.2 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	X
1.3 Empresa Pública Nacional Financiera		1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.4 Establecimiento Público Nacional		1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.5 Gobierno Extranjero		1.15 Regional sin NIT Especial	
1.6 Municipio		1.16 Resguardo	
1.7 Otra Pública Departamental		1.17 Sociedad de Economía Mixta	
1.8 Otra Pública Municipal		1.18 Universidad Pública	
1.9 Otro Beneficiario		1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2.TIPO DE DOCUMENTO

1.1 Cédula de Ciudadanía		1.4 Otro Tipo de Documento	
1.2 Cédula de Extranjería		1.5 Pasaporte	
1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT)	X	1.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO 9 0 0 9 4 2 5 5 8 – 4

3.NOMBRE O RAZON SOCIAL BIOMEDICAL SOLUTIONS GRF S.A.S

4.PAIS COLOMBIA

5.CIUDAD SAN JUAN DE PASTO - NARIÑO

6.TELEFONO Y FAX 3235404339

7.DIRECCION CRA. 48 No. 17 - 48

INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA

2.NUMERO DE LA CUENTA 2 7 0 0 0 0 0 1 4 1 7

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** X

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 27 DE ABRIL DE 2026

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL