FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD__PASTO_____ FECHA ___06 DE JULIO DE 2021_____

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

APERTURA __29 DE OCTUBRE DE 2018_____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario; ___CIREN ABA SAS_____ NIT _____900632798-5__
_____ Y/O _____
_____ C.C. _____
Dirección; __CARRERA 29 N° 19-45__ Teléfono __7226557_____
Fax; _7226557_____ Departamento ___NARIÑO_____
Ciudad; _PASTO_____ Municipio _SAN JUAN DE PASTO_____

Denominación de la cuenta; Corriente _X_____
Ahorros _____

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 proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

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

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: __cirenaba@hotmail.com_____ SI (__X_)
TELÉFONO: 7226557_____ SI (_X__)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera __BANCO DE BOGOTA Código __01_____
Sucursal _CENTRO_____Código___01_____ Ciudad___PASTO_____
Dirección_CALLE19N°24-68_____ Teléfono__7236363_____
Fax___7236363_____
Número de la cuenta __466648870_____

(Adjuntar certificación bancaria)

CIREN ABA SAS
900632798-5
ANA MILENA REYES SANTACRUZ
CC 1085250972



NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Anexar: **Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal**