FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

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

APERTURA_____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario CRR SOLUCIONES INTEGRALES NIT 901406206-2
_____ Y/O
_____ C.C._____
Dirección CALLE 42ª N°2W-31 Teléfono 3209627691
_____ Fax _____
_____ _____

Departamento HUILA Ciudad NEIVA Municipio _____

Denominación de la cuenta **Corriente**_____ No. _____

Ahorros **X** No. 534-000006-43

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: crrsolucionesintegralessas@gmail.com SI (X_)

TELÉFONO: 3209627691 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera BANCOLOMBIA Código _____

Sucursal SUR Código_____ Ciudad _____ NEIVA

Dirección CR5 N°5-16 Teléfono_____ Fax _____

Número de la cuenta 534-000006-43 (Adjuntar certificación bancaria)

LAURA GUAMANGA B.