DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

NEIVA, 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023.

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

Apertura___X___Cancelación_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Persona jurídica **MAZU SERVICIOS INTEGRALES S.A.S** NIT: **901.362.906-9**
Y/OPersonal natural_____C.C._____
Dirección **CALLE 1G # 9-48 oficina 201**
Teléfono **3144873336**
Fax
Correo electrónico mazu.serviciosintegrales@gmail.com
Móvil_____
Departamento: **HUILA**
Ciudad: **NEIVA**
Municipio: **NEIVA**

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 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 ydará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: mazu.serviciosintegrales@gmail.com (SI)

TELÉFONO: **3144873336** (SI)

DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera CAJA SOCIAL
Código _____
Sucursal: **QUIRINAL**
Código_____
Ciudad: **NEIVA**
Dirección:
Teléfono:
Fax_____
Número de la cuenta: **24104988217**



_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: MAZU SERVICIOS INTEGRALES SAS
Identificación (NIT X☐ C.C ☐ C.E ☐): 901.362.906-9
Nombre Representante Legal: GERALDINE LAMPREA HERRERA
Identificación (C.C X☐ C.E. ☐) 1.075.317.681
Dirección: CALLE 1 G No 9-48
Teléfono: **3144873336**
Email: **mazu.serviciosintegrales@gmail.com**