FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____Bogotá D.C: FECHA 08 septiembre de 2020_____

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 Soluciones Integrales de Oficina S.A.S._ NIT _830.080.652-5
_____ Y/O
_____ C.C. _____

Dirección Calle 65 # 13 – 50 Of 603 Teléfono 3133472369 Fax_____
_____

Departamento _Bogotá _ Ciudad__Bogotá _____ Municipio_____

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: malvarez@sioltda.com_ SI (__X_)

TELÉFONO: 3133472369 SI (__X_)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _Banco Agrario de Colombia___ Código _040_____

Sucursal _Av chile_Código___041_____ Ciudad_____

Dirección Calle 72 # 10 – 51 Teléfono_3133472369_ Fax_____

Número de la cuenta __408203015843
(Adjuntar certificación bancaria)

_____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO