**FORMULARIO No. 2**

**DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA**

**CIUDAD_____NEIVA_____ FECHA _____23-11-2020_____**

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: __3142332268_ Fax: _____
_____

Departamento: _____HUILA_____ Ciudad: _____NEIVA_____ 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: _____ crrsolucionesintegralessas@gmail.com____ SI (_X__)

TELÉFONO: _____3209627691_____ SI (__X_)

**II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:**

Entidad Financiera: _____BANCOLOMBIA_____ Código: _____

Sucursal: _____SUR_____Código: _____Ciudad: _____

Dirección: _____Teléfono: _____ Fax: _____

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

LAURA GUAMANGA B.
_____
_____
**Nombre y firma beneficiario**