FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD **BOGOTA DC** FECHA **17 de marzo de 2021**

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 **FUMISEX SAS** NIT **901.352.782-1**
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección **calle 69ª sur No 77i-10** Teléfono **4838082** Fax **4838082**

Departamento **Cundinamarca** Ciudad **Bogota** Municipio **Bogota**

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 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: **comercial1@fumisex.com** SI (_x__)

TELÉFONO: **4674278** SI (_x__)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera **banco de Bogota** Código 01

Sucursal **av Boyacá** Código 001 Ciudad **Bogota**

Dirección av Boyacá con calle 72 Teléfono **3820000** Fax **3820000**
Número de la cuenta **055499545**
(Adjuntar certificación bancaria) _x_____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FUMISEX S.A.S.
NIT. 901 352 782-1

LUIS ALBERTO MONTES INFANTE
Cc 1.032.411.509