

Anexo 2

Dirección General de Presupuesto y Recursos Financieros  
**Solicitud de registro de beneficiarios y cuentas bancarias  
en el Catálogo de Beneficiarios**



|   |                               |                               |                      |                      |                      |                      |
|---|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tipo de movimiento:                     | Alta <input type="checkbox"/> | Baja <input type="checkbox"/> | Fecha:               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Datos generales del beneficiario</b> |                               |                               |                      |                      |                      |                      |
| Nombre, denominación o razón social:    | <input type="text"/>          |                               |                      |                      |                      |                      |
| Registro Federal de Contribuyentes:     | <input type="text"/>          | CURP:                         | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| Domicilio:                              |                               |                               |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                    |                               |                               | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| Calle                                   |                               |                               | No. Ext.             |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                    | <input type="text"/>          |                               | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| No. Int.                                | Colonia                       |                               | Código Postal        |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                    | <input type="text"/>          | <input type="text"/>          |                      |                      |                      |                      |
| Delegación o Municipio                  | Ciudad                        |                               | Entidad Federativa   |                      |                      |                      |
| No. Telefónico:                         | <input type="text"/>          | Correo Electrónico:           | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| <b>Datos de la Cuenta Bancaria</b>      |                               |                               |                      |                      |                      |                      |
| Número de Cuenta de Cheques:            | <input type="text"/>          | No. de Sucursal:              | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| Banco:                                  | <input type="text"/>          |                               |                      |                      |                      |                      |
| Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):   | <input type="text"/>          |                               |                      |                      |                      |                      |
| Nombre como aparece en Cta. Bancaria:   | <input type="text"/>          |                               |                      |                      |                      |                      |

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del beneficiario o su representante legal (En  
su caso, servidor público facultado por la Dependencia)

|  |
|--|
| <b>Certifico que los datos asentados en la presente solicitud, fueron proporcionados y verificados con el Beneficiario</b> |
| <br><br><br><br><br>   |
| Puesto, Nombre y Firma del servidor público facultado por el titular de la Unidad Responsable para este efecto.            |

|                             |                            |                               |                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Utilizar solo por la DGPyRF | CBEN: <input type="text"/> | Proceso: <input type="text"/> | Folio: <input type="text"/> | Fecha Aut.: <input type="text"/> |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|

1