



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: BENEFICIARIO: INTERMEDIAR OTI CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVI D: _____ CUAL: _____

NOMBRE		NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:	

NOMBRES ELKIN GEOVANY		PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO HERNANDEZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC	NÚMERO 91.476.802	FECHA EXPEDICION 31-05-1993	CIUDAD EXPEDICION BUCARAMANGA
DIRECCION: CALLE 11 # 27-54	CIUDAD: BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO: SANTANDER	
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR: 316-3953640	

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

NÚMERO DE CUENTA 02047194591	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO BANCOLOMBIA	SUCURSAL	CIUDAD BUCARAMANGA

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: elkinleyesabogado@gmail.com

En constancia se firma en: Bucaramanga a los (30) del mes de Octubre de 2023

Firma del Representante Legal y Sello	 Firma y Cédula Persona Natural <u>91.476.802</u>
---------------------------------------	--