



equidad
seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIA OT CUAL: _____
 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____
 TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Glinton PRIMER APELLIDO: Neira SEGUNDO APELLIDO: Salinas
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC NÚMERO: 1028005775 FECHA EXPEDICIÓN: 17/12/2009 CIUDAD EXPEDICIÓN: Apartadó
 DIRECCIÓN: Cll 103 A #100-84, B/veloz CIUDAD: Apartadó DEPARTAMENTO: Antioquia
 TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: 3243326296

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:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 912-113157-12 CORRIENTE AHORROS CÓDIGO DEL BANCO: _____
 BANCO: Bancolombia SUCURSAL: _____ CIUDAD: _____

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA 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
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: _____

En constancia se firma en: _____ a los () días mes de _____ de _____

Firma del Representante Legal y Sello

[Handwritten Signature]
 Firma y Cédula Persona Natural
1028005775