

 AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA					
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIAR: ☐ 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		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA EXPEDICIÓN	
DIRECCIÓN		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
TELÉFONOS		FAX		CELULAR	
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		CORRIENTE ☐ AHORROS ☒		CÓDIGO DEL BANCO	
BANCO		SUCURSAL		CIUDAD	
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS					
NOMBRES Y APELLIDOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA EXPEDICIÓN		CIUDAD EXPEDICIÓN	
CARGO EN LA EMPRESA		CARGO		CARGO	
TELÉFONOS Y FAX		EXTENSIÓN		FAX	
NOMBRES Y APELLIDOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA EXPEDICIÓN		CIUDAD EXPEDICIÓN	
CARGO EN LA EMPRESA		CARGO		CARGO	
TELÉFONOS Y FAX		EXTENSIÓN		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: <u>mnancyah@gmail.com</u>					
En constancia se firma en: _____ a los <u>15</u> del mes de <u>Noviembre</u> de <u>2023</u> .					
Firma del Representante Legal y Sello			Firma y Cédula Persona Natural <u>43.429.497</u>		