


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIA: ☐ OT: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIO: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: ANGELICA MARÍA PRIMER APELLIDO: VARELA SEGUNDO APELLIDO: TRIANA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC NÚMERO: 31480899 FECHA EXPEDICIÓN: 07 NOV 1996 CIUDAD EXPEDICIÓN: YUMBO

DIRECCIÓN: CRA 12 #17A16 VILLAGORGONA CANDELARIA VALLE DEL CAUCA

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: 3214778353

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: 74174263632 CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☒ CÓDIGO DEL BANCO: _____

BANCO: BANCOLOMBIA S.A. SUCURSAL: _____ CIUDAD: CALI

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS 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: Cali a los (13) del mes de octubre de 2023

Firma del Representante Legal y Sello

Angelica Maria Varela
Firma y Cédula Persona Natural
31480.899 yumbo

