



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIARIA OTRO CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE		NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TEL. FONOS:	FAX:	CELULAR:	

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: FABIAN ANDRES	PRIMER APELLIDO: MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO: PAZ
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C.	NÚMERO: 1061726593	FECHA EXPEDICION: 26/03/2008
DIRECCION: CALE 10 #13-17	CIUDAD: POPAYAN	DEPARTAMENTO: CAUCA
TELEFONOS: 316 824 2562	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: 0550196000859256	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO: 51
BANCO: DAVIVIENDA	SUCURSAL: POPAYAN	CIUDAD: POPAYAN

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

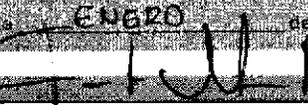
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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

Asi 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 POPAYAN a los 12 días mes de ENERO de 2024


 Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural
1.061.726.593 PM