


**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: \_\_\_\_\_  
 TELEFONOS: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL**

 NOMBRES: Carlos Alberto PRIMER APELLIDO: Jomály SEGUNDO APELLIDO: Quillín  
 PASAPORTE: PasaPorte TIPO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO: 086169693 FECHA EXPEDICIÓN: 17-03-2014 CIUDAD EXPEDICIÓN: Guafire Vzia  
 DIRECCIÓN: Calle 45 #89A-33 Barrio La Aminta CIUDAD: Medellín DEPARTAMENTO: Antioquia  
 TELEFONOS: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ CELULAR: 3042561112

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: 29800001781 CORRIENTE  AHORROS  CÓDIGO DEL BANCO: 07  
 BANCO: Bancolombia SUCURSAL: Viva Laureles CIUDAD: Medellín
**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           | CIUDAD EXPEDICION |
| 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           | CIUDAD EXPEDICION |
| 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: Medellín a los (9) del mes de Noviembre de 2023

Firma del Representante Legal y Sello

 086169693  
 Firma y Cédula Persona Natural