


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: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: ANA ELSSY PRIMER APELLIDO: ZAMBRANO SEGUNDO APELLIDO: TRUJILLO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO: 65733084 FECHA EXPEDICIÓN: 20/02/1985 CIUDAD EXPEDICIÓN: IBAGUE
DIRECCIÓN: CALLE 73 N #3 - 27 CIUDAD: POPAYAN DEPARTAMENTO: CAUCA
TELÉFONOS: N/A FAX: _____ CELULAR: 3168242562

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: 7942014436 CORRIENTE ☐ AHORROS ☒ CÓDIGO DEL BANCO: 19
BANCO: SCOTIABANK COLPATRIA SUCURSAL: POPAYAN CIUDAD: POPAYAN

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN CIUDAD EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
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: Popayan a los (20) del mes de Diciembre de 2023

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

65733084