

 AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA			
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☒ INTERMEDIA ☐ OTRO ☐ CUAL:			
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS ☐ INDEMNIZACIÓN ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIOS ☐ OTRO ☐ CUAL:			
DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE		NT	ACTIVIDAD ICA
DIRECCIÓN		CIUDAD	DEPARTAMENTO
TELEFONOS		FAX	CELULAR
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			
NOMBRES <u>Lida Cineth</u>		PRIMER APELLIDO <u>Belarano</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>Luccini</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN <u>CC</u>	NÚMERO <u>1'112.488.277</u>	FECHA EXPEDICIÓN <u>03/07/2014</u>	CIUDAD EXPEDICIÓN <u>Jamundi</u>
DIRECCIÓN: <u>Calle 47 #96-55 Apto 804 B</u>		CIUDAD <u>Cali</u>	DEPARTAMENTO <u>Valle</u>
TELEFONOS: <u>3137512289</u>		FAX	CELULAR: <u>3137512289</u>
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 <u>6782006126</u>		CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO <u>COLP10010</u>
BANCO <u>Scotiabank Colpatia</u>		SUCURSAL ☐	CIUDAD <u>Cali</u>
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	AREA	CARGO	
TELEFONOS 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	AREA	CARGO	
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: <u>Cali</u> a los <u>(14)</u> del mes de <u>Abril</u> de <u>2024</u> .			
Firma del Representante Legal y Sello		Firma y Cédula Persona Natural <u>Lida Cineth Belarano L.</u> <u>1'112.488.277</u>	