

| | |
|---|--|
|  equidad seguros | AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA |
|---|--|

| | | | | |
|---|--|--|------------------------------|-------------|
| TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: <input type="checkbox"/> | BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/> | INTERMEDIAR: <input type="checkbox"/> | OT: <input type="checkbox"/> | CUAL: _____ |
| CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/> | INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> | PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> | CUAL: _____ | |

DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|------------|------|----------|----------------|
| NOMBRE | | NIT | ACTIVIDAD ICA: |
| DIRECCION: | | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: |
| TELEFONOS: | FAX: | CELULAR: | |

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRES ANOREA LIZETH | | PRIMER APELLIDO NARVAEZ | SEGUNDO APELLIDO SANCHEZ |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C | NÚMERO 1.113.626.760 | FECHA EXPEDICION 11/05/2005 | CIUDAD EXPEDICION PALMIRA |
| DIRECCION: CALLE 73N # 18-45 | | CIUDAD: POPAYAN | DEPARTAMENTO: CAUCA |
| TELEFONOS: N/A | FAX: | CELULAR: 3187599034 | |

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 4884 4494 6096 | CORRIENTE <input type="checkbox"/> | AHORROS <input checked="" type="checkbox"/> | CÓDIGO DEL BANCO 51 |
| BANCO 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 |

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 (26) del mes de DICIEMBRE de 2024.

 Firma del Representante Legal y Sello

Andrea Lizeth Narvaez Sanchez
 Firma y Cédula Persona Natural
CC4793626760

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

