


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☐ INTERMEDIA ☐ OT ☒ CUAL: Apoderado
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:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Diego Andrés PRIMER APELLIDO: Agudelo SEGUNDO APELLIDO: Medina
CÉDULA: 71277785 FECHA EXPEDICIÓN: 17-07-2001 CIUDAD EXPEDICIÓN: Itagüí
DIRECCIÓN: Cra 65 #4-50 CIUDAD: Medellín DEPARTAMENTO: Antioquia
TELÉFONOS: 2553961 FAX: CELULAR: 3002013316

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: 386596449 CORRIENTE ☐ AHORROS ☒ CÓDIGO DEL BANCO:
BANCO: Banco de Bogotá SUCURSAL: CIUDAD: Medellín
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: ÁREA: 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: ÁREA: 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: Medellín a los (26) del mes de Julio de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

