

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	
---	--	---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:
 PROVEEDOR:
 BENEFICIARIO:
 INTERMEDIARIA:
 OT:
 CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO:
 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS:
 INDEMNIZACIÓN:
 PRESTACIÓN DE SERVICIO:
 CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES VANESSA		PRIMER APELLIDO CASTILLO	SEGUNDO APELLIDO VELASQUEZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC	NÚMERO 66855547	FECHA EXPEDICION 28-06-1991	CIUDAD EXPEDICION CALI
DIRECCION: CARRERA 5 No 10-63		CIUDAD: CALI	DEPARTAMENTO: VALLE
TELEFONOS: 3116120613	FAX:	CELULAR: 3116120613	

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 379013341	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	1006 CÓDIGO DEL BANCO
BANCO ITAU	SUCURSAL CENTRO	CIUDAD CALI

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

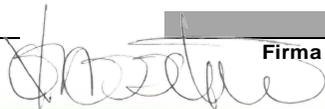
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD 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: VCASTILLOVELASQUEZ@VCASTILLOABOGADOS.COM

En constancia se firma en: CALI a los (9) del mes de JUNIO de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello 
Firma y Cédula Persona Natural

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA