


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☒ INTERMEDIAR ☐ OI ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS ☐ 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 LILIANA YASMIN		PRIMER APELLIDO PEREZ	SEGUNDO APELLIDO RODRIGUEZ
CC	43.588.484	31-12-1992	MEDELLIN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICIÓN	CIUDAD EXPEDICIÓN
DIRECCIÓN: CALLE 26 39-70 AP 1608		CIUDAD: MEDELLIN	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
TELÉFONOS:	FAX:	CELULAR: 3206330946	

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	36643515886	CORRIENTE ☐	AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	BANCOLOMBIA	SUCURSAL	CIUDAD	

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	ÁREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSIÓN	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSIÓN	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: _____ a los () del mes de _____ de _____.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural