


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIA: ☐ OT: ☐ CUAL: _____
 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: **JUAN PABLO** PRIMER APELLIDO: **GÓMEZ** SEGUNDO APELLIDO: **RIVERA**
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CEDULA** NÚMERO: **1.035.305.167** FECHA EXPEDICIÓN: **27/01/2015** CIUDAD EXPEDICIÓN: **CANASGORDAS**
 DIRECCIÓN: **CALLE 50 # 51-24 OF. 1504** CIUDAD: **MEDELLÍN** DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**
 TELÉFONOS: **4087438** FAX: _____ CELULAR: **3016138641**

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: **42056414554** CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☒ CÓDIGO DEL BANCO: **007**
 BANCO: **BANCOLOMBIA** SUCURSAL: **MEDELLÍN** CIUDAD: **MEDELLÍN**

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	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS 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	CIUDAD EXPEDICIÓN
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 **(14)** del mes de **FEBRERO** de **2015**

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

