


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:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Yurley Liliana	PRIMER APELLIDO Royero	SEGUNDO APELLIDO Ovalle
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C.	NÚMERO 37.652.039	FECHA EXPEDICIÓN 06 enero 2000
DIRECCIÓN: Calle 10 N° 17-36	San Vicente de Chucuri	Santander
TELÉFONOS:	FAX:	CELULAR: 313-8111837

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 4-6022-012419-4	CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO Banco Agrario	SUCURSAL	CIUDAD San Vicente de Chucuri

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	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS Y FAX	FBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS Y FAX	FBX	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: lroyero1@gmail.com

En constancia se firma en: San Vicente de Chucuri a los (5) del mes de Marzo de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello

Yurley Liliana Royero Ovalle
Firma y Cédula Persona Natural
37652039
Sute

