


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: Yurley Liliana Royero Ovalle NIT: C.c. 37.652.039 ACTIVIDAD ICA: _____

DIRECCIÓN: Calle 10 N° 17-36 CIUDAD: San Vicente de Chucuri DEPARTAMENTO: Santander

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: 313-8111837

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO: _____ FECHA EXPEDICIÓN: _____ CIUDAD EXPEDICIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

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	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	CIUDAD EXPEDICIÓN
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: liroyero1@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
SCL