


**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	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICION
CIUDAD EXPEDICION	DIRECCION:	CIUDAD:
DEPARTAMENTO:	TELEFONOS:	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	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD

**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: \_\_\_\_\_

En constancia se firma en: \_\_\_\_\_ a los ( ) del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Firma del Representante Legal y Sello**
**Firma y Cédula Persona Natural**
