

 AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA			
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input checked="" type="checkbox"/> INTERMEDIAR <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
DATOS DE LA EMPRESA			
COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE COLOMBIA LTDA - COOPRODECOL LTDA.		890206107-4 NIT	6492 ACTIVIDAD ICA:
CARRERA 34 #52-83 CABECERA DEL LLANO DIRECCION:		BUCARAMANGA CIUDAD	SANTANDER DEPARTAMENTO:
TELEFONOS: 3158954988 EXT. 102		FAX:	CELULAR:
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			
RAFAEL ALBERTO NOMBRES		MOLANO PRIMER APELLIDO	PIRACOCA SEGUNDO APELLIDO
CEDULA DE CIUDADANIA TIPO DE IDENTIFICACION	79.102.990 NÚMERO	12/07/1977 FECHA EXPEDICION	BOGOTÁ D.C CIUDAD EXPEDICION
CARRERA 34 #52-83 CABECERA DEL LLANO DIRECCION:		BUCARAMANGA CIUDAD	SANTANDER DEPARTAMENTO:
3158954988 EXT 102 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 184823854		CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO BANCO DE BOGOTA		SUCURSAL CENTRO	CIUDAD BUCARAMANGA
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS			
NOMBRES Y APELLIDOS NOMBRE(S)	SANDRA MILENA NOMBRE(S)	JURADO PRIMER APELLIDO	JAIMES SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION NÚMERO	1005539601 NÚMERO	CC TIPO	08/03/2019 FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA AREA	CARTERA AREA	JEFE DE CARTERA CARGO	
TELEFONOS Y FAX FBX	3158954988 FBX	147 EXTENSION	FAX
NOMBRES Y APELLIDOS NOMBRE(S)	_____ NOMBRE(S)	_____ PRIMER APELLIDO	_____ SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION NÚMERO	_____ NÚMERO	_____ TIPO	_____ FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA AREA	_____ AREA	_____ CARGO	
TELEFONOS Y FAX FBX	_____ 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: <u>auxjefecartera@cooprodecol.coop</u>			
En constancia se firma en: Bucaramanga cooperativa de Ahorro y Crédito de los Trabajadores del Sector Educativo de Colombia COOPRODECOL LTDA. a los (27) del mes de junio de 2025.			
Firma del Representante Legal y SEGERENTE		Firma y Cédula Persona Natural	