


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIARIA: ☐ OTRO: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: ☐ 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	VANESSA		PRIMER APELLIDO	CASTILLO	SEGUNDO APELLIDO	VELASQUEZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO	66855547	FECHA EXPEDICIÓN	28-06-1991	CIUDAD EXPEDICIÓN
DIRECCIÓN:	CARRERA 5 No 10-63			CIUDAD:	CALI	DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:	3116120613			FAX:		CELULAR:
						3116120613

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	180746620	CORRIENTE	☐	AHORROS	☒	CÓDIGO DEL BANCO	1001
BANCO	BANCO DE BOGOTA	SUCURSAL	CENTRO	CIUDAD	CALI		

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: vcastillovelasquez@vcastilloabogados.com

En constancia se firma en: CALI a los (09) del mes de JUNIO de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello
Firma y Cédula Persona Natural
