



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: BENEFICIARIO: INTERMEDIAR OTI CUAL: _____
 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO OTRO: CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____
 DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____
 TELEFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: **JUAN FERNANDO** PRIMER APELLIDO: **ARIAS** SEGUNDO APELLIDO: **ROMERO**
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **C.C.** NÚMERO: **79.444.492** FECHA EXPEDICION: **14-05-1986** CIUDAD EXPEDICION: **BOGOTÁ**
 DIRECCION: **CALLE 6 #3AE-32 CEIBA** CIUDAD: **CÚCUTA** DEPARTAMENTO: **Norte de Santander**
 TELEFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: **3138728353**

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: **61665266888** CORRIENTE AHORROS CÓDIGO DEL BANCO: _____
 BANCO: **BANCOLOMBIA** SUCURSAL: _____ CIUDAD: **CÚCUTA**

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
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

79444.492