


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☒ INTERMEDIAR ☐ OT ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA ☐ INDEMNIZACIÓN ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIO ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Ros Eliana	PRIMER APELLIDO Oteiza	SEGUNDO APELLIDO Ramírez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC	NÚMERO 1.098.607.467	FECHA EXPEDICIÓN 02/02/2004
DIRECCIÓN Calle 65 No 48-38	CIUDAD Barranquilla	DEPARTAMENTO Santander
TELÉFONOS 3168760259	FAX:	CELULAR 3168760259

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 91231104726	CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO Bancolombia	SUCURSAL	CIUDAD Barranquilla

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	EXTENSION	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	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: **ros9846@hotmail.com**

En constancia se firma en: **22/08/2025** a los **(22)** del mes de **agosto** de **2025**

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Sello Persona Natural