



I.P.S Salud del Caribe S.A
¡Porque la familia es lo primero!

PROCESO DE APOYO
**AUTORIZACIÓN DE PAGOS POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA
 PROVEEDORES DESDE CUENTA ORIGEN BANCOLOMBIA**

CÓDIGO: PACB-FT-15
VERSIÓN: 06
VIGENCIA: 30 AGOSTO 2014

FECHA _____

I. Datos básicos

Nombre o Razón Social:			Documento de identificación
Dirección correspondencia:	Teléfono:	Celular:	Dirección e-mail

II. Información Bancaria

Tipo de Cuenta	Ahorros	Corriente
Numero de cuenta:	Ciudad o sucursal:	

Banco (seleccione solo uno de la lista)

- | | | |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Comeva | CITIBANK | ABN Amro Bank |
| Banco de occidente | Banco HSBC | Fiduciaria Skandia |
| Banco AV Villas | Sudameris | Banco Davivienda |
| Banco de Bogotá | BBV Colombia | Banco Agrario |
| Banco Popular | Banco de Crédito | Banco Santander |
| GranBanco Bancafe | Banco Colpatría | Banco Caja Social |
| Bancolombia | Colmena | |

Autorizo a I.P.S Salud del Caribe a consignar en la cuenta registrada anteriormente (Punto II Información Bancaria) todos los pagos que dicha empresa tenga a nuestro favor, así mismo autorizo a descontar del valor a pagar el costo que el Banco cobre por la transferencia.

Costo de las transacciones (Sujetas a Modificaciones)

Transferencia Bancolombia – Bancolombia (Exitoso y Reversion)	\$ 3.250
Pagos a Proveedores ACH	\$6.300
Consignacion referenciada local	\$11.200
Consignacion referenciada nacional	\$11.200

Certifico que la cuenta esta a nombre del beneficiario del pago.

Atentamente,

Firma del Representante Legal
 Entidad
 NIT
 Nombre del Representante Legal
 C.C.

Huella
 Representante Legal

Sello