

	PROCESO DE APOYO		CÓDIGO: PACB-FT-15
	AUTORIZACIÓN DE PAGOS POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA		VERSIÓN: 08
	PROVEEDORES DESDE CUENTA ORIGEN BANCOLOMBIA		VIGENCIA: MARZO 2025

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)	\$ 3.900
Pagos a Proveedores ACH	\$7.300

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

Atentamente,

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