

	FORMATO INSCRIPCION PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA	GERENCIA AMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
		PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVO FINANCIERA	Versión: 1
		Página 1 de 1	

Solicitud inicial () Solicitud de modificación ()

Fecha: _____

Yo, _____ identificado con la cedula de ciudadanía No _____ de _____, actuando en nombre propio () o como Representante Legal () de _____ con Nit _____, autorizo a Fundación Salud Mia EPS para que efectué el pago de las acreencias a mi favor () o a favor de la entidad que represento () a través de la utilización de sistemas de trasferencia electrónica de fondos, mediante el abono de los recursos a la cuenta que se indica a continuación:

Persona natural ()

Persona jurídica ()

Nombre del titular de la cuenta: _____

Identificación del titular: C.C () NIT () No. _____

Nombre entidad bancaria: _____

Ciudad donde tiene la cuenta: _____

Nombre Sucursal u Oficina: _____

Tipo de cuenta: Ahorros () Cuenta corriente ()

Numero de la cuenta : _____

“Igualmente manifiesto (en nombre propio o de la entidad que represento, según el caso) que la autorización contenida en esta carta permanecerá vigente en forma indefinida, mientras el suscrito (o el representante legal de esta entidad, según el caso) no informe por escrito a Fundación Salud Mia EPS la decisión de revocarla, o de modificar los datos de la cuenta o la entidad financiera aquí señaladas, utilizando para este último efecto el formato dispuesto por Fundación Salud Mia EPS. En consecuencia, libero a Fundación Salud Mia EPS de cualquier responsabilidad por la omisión o demora en que incurra el suscrito (o la entidad que represento) en notificar por escrito y en debida forma cualquier revocación o modificación de esta autorización”.

Así mismo, autorizo a Fundación Salud Mia EPS para que los soportes del pago respectivo me sean enviados a la dirección de Internet o de correo electrónico que señalo a continuación:

E-mail: _____

FIRMA