

INSTRUCTIVO

Marque la opción ingreso.

Escriba el número de la cuenta que desea inscribir.

Marque la opción 2.

Valor variable definido por la entidad recaudadora

Espacio donde el titular de la cuenta debe firmar

Bancolombia **AUTORIZACIÓN PAGOS PREAUTORIZADOS**

Pagamos por Usted!!!
Si desea afiliarse al servicio de Pagos Preautorizados, diligencie este formato de autorización y entréguelo en la sucursal donde tiene su cuenta.

TIPO DE NOVEDAD
Ingreso
Modificación
Retiro

FECHA AAAA MM DD
CODIGO CONVENIO **46681**

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DE LA ENTIDAD RECAUDADORA (CLIENTE CONVENIO) **Coomeva Medicina Prepagada** REFERENCIA (IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE PAGADOR ANTE LA EMPRESA) **Identificación del contratante**

NOMBRE CLIENTE PAGADOR **Nombre del contratante** NIT. O CÉDULA CLIENTE PAGADOR **Ident. del contratante** DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO **Correo electrónico del contratante**

INFORMACIÓN DEL PAGADOR

Número de cuenta BANCOLOMBIA a debitar: [] Tipo de débito a efectuar:
Corriente Ahorros T.C. Visa T.C. MasterCard T.C. Amex

Valor débito: Para completar esta información consulte con uno de nuestros asesores la modalidad establecida por la entidad recaudadora, (Recuerde seleccionar solo una opción).
 1. Valor fijo definido por la Entidad Recaudadora.
 2. Valor variable definido por La Entidad Recaudadora
 3. Valor fijo definido por el pagador

3.1. PERÍODO A DEBITAR
DESDE DIA MES AÑO HASTA DIA MES AÑO
3.2 MONTO \$
3.3 PERIODICIDAD MENSUAL QUINCENAL DIA DE PAGO

Autorizo a BANCOLOMBIA a debitar el valor de la cuenta y con la periodicidad descrita en este formato o la informada por la Entidad Recaudadora, la cual deberá ser consignada a dicha Entidad. Manifiesto que conozco y acepto el reglamento de Pagos Preautorizados BANCOLOMBIA que aparece en esta autorización.

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA A DEBITAR **Nombre del contratante** NOMBRE DEL TITULAR 2 DE LA CUENTA A DEBITAR

C.C. **Ident. del contratante** TELÉFONO **Tel. del contratante** CIUDAD **Ubicación del contratante** C.C. TELÉFONO CIUDAD

FIRMA TITULAR FIRMA TITULAR 2

PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO

CÓDIGO DEL VENDEDOR NOMBRE SUCURSAL DEL VENDEDOR CÓDIGO DEL VENDEDOR REFERIDO

© CADEMI S.A. - VERSIÓN 07/08/14 IV/2008 F-488-V2

Fecha al momento de diligenciar el formulario

Si desea inscribir su tarjeta de crédito American Express marque una X.

Especifique el tipo de cuenta que desea inscribir