



# FORMATO AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día | Mes | Año No. de Radicación: \_\_\_\_\_

## Información personal

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de documento:  C.C.  C.E.  PAS N° de Identificación: \_\_\_\_\_ Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión o actividad: \_\_\_\_\_ Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

## Información de la entidad bancaria

Banco: \_\_\_\_\_ N° Cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: Ahorros:  Corriente:  Ciudad: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Si el titular de la cuenta es diferente al asociado principal, por favor confirme nombre y número de cédula.

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ C.C.,C.E. ó PAS No.: \_\_\_\_\_

## Anexar

\* Formulario completamente diligenciado, con firma y huella, en original.

\* Certificado de la cuenta bancaria.

## Información legal

Autorizo a la entidad bancaria para que debite de mi cuenta y abone a la de la Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) los fondos necesarios para pagar a esta mis obligaciones económicas por concepto de aportes, créditos, intereses, sanciones y las demás que sea deudor.

El valor a debitar será el informado periódicamente por la beneficiaria Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) en la entidad bancaria acá autorizada. Asumo como no pagada una cuota cuando no existan fondos suficientes para atender el pago correspondiente y eximo a la entidad bancaria de cualquier responsabilidad por las consecuencias frente al beneficiario por esta razón. La presente autorización tiene vigencia mientras no les comunique por escrito a la CPS instrucciones en contrario.

Firma  
solicitante:

\_\_\_\_\_

C.C.,C.E. ó PAS No.: \_\_\_\_\_



Huella índice  
derecho

**Autorice su débito bancario, para que se haga efectivo a partir del mes siguiente.**

Mayores informes en el teléfono 6197466