



 <small>POLITÉCNICO COLOMBIANO JAIME ISAZA CADAVID</small>	AUTORIZACION DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	Código: FFN45
		Versión: 03

Autorizo a la Tesorería del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid para efectuar pago a mi favor o a la entidad que represento, mediante el sistema de abono automático, según la siguiente información:

C.C.: 43443370	Nit:	Nombre o Razón Social del Beneficiario: ROSMERY SANCHEZ POSADA	
Banco o Corporación. BANCOLOMBIA			
Número de cuenta: 10119524633	Sucursal: CARABOBO	Tipo de cuenta: Ahorro: <input type="checkbox"/> Corriente: <input checked="" type="checkbox"/>	
Tipo de Vinculación con la Institución:			
Administrativo: <input type="checkbox"/>	Docente de tiempo completo: <input type="checkbox"/>	Estudiante: <input type="checkbox"/>	Contratista: <input checked="" type="checkbox"/>
Docente ocasional: <input type="checkbox"/>	Docente de cátedra: <input type="checkbox"/>	Auxiliar Administrativo: <input type="checkbox"/>	Proveedor: <input type="checkbox"/>
Dirección: CRA 73 20ª 40	Teléfono: 3137323714	Fax:	E-mail: sanchez.rosmary@g mail.com
 43.443.370			
Día: 16 Mes: 1 Año: 2025 Firma / Cédula: _____			

 <small>POLITÉCNICO COLOMBIANO JAIME ISAZA CADAVID</small>	AUTORIZACION DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	Código: FFN45
		Versión: 03

Autorizo a la Tesorería del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid para efectuar pago a mi favor o a la entidad que represento, mediante el sistema de abono automático, según la siguiente información:

C.C.: 43443370	Nit:	Nombre o Razón Social del Beneficiario: ROSMERY SANCHEZ POSADA	
Banco o Corporación. BANCOLOMBIA			
Número de cuenta: 10119524633	Sucursal: CARABOBO	Tipo de cuenta: Ahorro: <input checked="" type="checkbox"/> Corriente: <input type="checkbox"/>	
Tipo de Vinculación con la Institución:			
Administrativo: <input type="checkbox"/>	Docente de tiempo completo: <input type="checkbox"/>	Estudiante: <input type="checkbox"/>	Contratista: <input checked="" type="checkbox"/>
Docente ocasional: <input type="checkbox"/>	Docente de cátedra: <input type="checkbox"/>	Auxiliar Administrativo: <input type="checkbox"/>	Proveedor: <input type="checkbox"/>
Dirección: CRA 73 20ª 40	Teléfono: 3137323714	Fax:	E-mail: sanchez.rosmary@g mail.com
 43443370			
Día: 25 Mes: 1 Año: 2025 Firma / Cédula: _____			



**AUTORIZACION DE PAGO POR TRANSFERENCIA
ELECTRÓNICA**

Código: FFN45

Versión: 03

