

Nº AUTORIZACIÓN: [REDACTED]

## FORMULARIO AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO



Comercio: [REDACTED]

Fecha de diligenciamiento: [REDACTED]

### INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombres:		Apellidos:		Tipo de Identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	
No. Identificación:	Teléfono:	No.Celular:	E-mail:		

### INFORMACIÓN PARA APLICAR EL DÉBITO

Entidad Financiera: [REDACTED] Tipo de cuenta: Ahorros  Corriente  No. cuotas: [REDACTED]

Número de la cuenta: [REDACTED] Valor de la cuota: [REDACTED] Fecha de la 1ª cuota: [REDACTED]

\*El débito será efectuado los días \_\_\_\_\_ de cada mes, a partir de la fecha de vencimiento de la primera cuota.

### INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

Nombre **PATRIMONIO AUTÓNOMO FC REFERENCIA FENALCO- FIDUCIARIA COLPATRIA S.A.**

NIT: 830.053.994-4

Descripción del Servicio o Producto a Pagar: [REDACTED]

Plan de pagos originado del producto Li\$to Pago a Plazos a favor del PATRIMONIO AUTÓNOMO FC REFERENCIA FENALCO, y/o de sus cesionarios.

### AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DEL DÉBITO AUTOMÁTICO

- Autorizo a la Entidad Financiera antes mencionada, para que debite de la cuenta bancaria arriba indicada, durante el plazo del plan de pagos del producto Li\$to Pago a Plazos a mi cargo, el valor que corresponda a la cuota mensual, intereses moratorios y cualquier otra cantidad que adeude o llegare a adeudar al PATRIMONIO AUTÓNOMO FC REFERENCIA FENALCO y/o sus cesionarios (BENEFICIARIO DEL PAGO) y se la entregue o traslade al BENEFICIO DEL PAGO, en la cuenta que para tal fin tenga abierta esta con el Banco.
- Me comprometo a mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones y obtener la firma de parte de todos los titulares de la cuenta, en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, y en su defecto a asumir las consecuencias que se deriven de no declarar la condición de manejo de firmas conjuntas de la cuenta, liberando a la Entidad Financiera de toda responsabilidad, en caso de que aplique.
- Declaro que conozco y acepto lo siguiente:
  - Que el débito o cargo automático autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicadas por el BENEFICIARIO DEL PAGO siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles que cubran el valor total o parcial de la cuota y que si el día del vencimiento de la cuota no fuere hábil, el débito o cargo correspondiente se hará el siguiente día hábil. Adicionalmente autorizo que en caso de que el débito o cargo no sea posible por insuficiencia de fondos disponibles en la fecha de pago, se podrán realizar intentos posteriores hasta lograr el cobro de la totalidad de las cantidades adeudadas.
  - Que la Entidad Financiera se abstendrá de hacer el débito o cargo si no existen fondos disponibles que cubran el valor total o parcial de la cuota o cupo disponible que cubra el valor total o parcial de la cuota, según el caso, o si se presenta alguna otra causa que lo impida.
  - Que si deseo designar otro tipo o número de cuenta, o a otra Entidad Financiera, para la cancelación por débito automático de las obligaciones debidas al BENEFICIARIO DEL PAGO, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva autorización de débito, previa autorización del BENEFICIARIO DEL PAGO.
  - Que la presente autorización debe ser aprobada por el BENEFICIARIO DEL PAGO antes de que empiece a ejecutarse y solamente podrá ser revocada mediante comunicación escrita entregada por mí a REFINANCIA S.A.S., en calidad de operador del BENEFICIARIO DEL PAGO con una anticipación no menor a sesenta (60) días a la fecha a partir de la cual se quiere hacer efectiva la cancelación, plazo que se contará a partir de la fecha en que el BENEFICIARIO DEL PAGO reciba la notificación.
  - Que debo dirigir cualquier reclamación o solicitud a REFINANCIA S.A.S, en calidad de operador del BENEFICIARIO DEL PAGO, relacionada con esta autorización de débito o cargo automático, por escrito, máximo dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la ocurrencia del hecho que motive dicha reclamación o solicitud.
- Acepto que el BENEFICIARIO DEL PAGO conserve el presente documento por los medios que considere pertinente para efectos de seguridad del mismo, directamente o a través del operador.
- Acepto expresamente que el BENEFICIARIO DEL PAGO efectuó la corrección del (los) número (s) de cuenta indicada arriba, si en la verificación con la Entidad Financiera se evidencia un error en la misma y el número correcto es suministrado por mí o es conocido por el BENEFICIARIO DEL PAGO por algún medio válido, con posterioridad a la firma de la presente autorización, en cuyo caso el BENEFICIARIO DEL PAGO conservará la correspondiente evidencia, bajo el entendido que es mi voluntad expresa el contar con una cuenta válida para que se efectuó el débito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Deudor o Titular

Doc. de identidad: C.C.  C.E.  No. \_\_\_\_\_