

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO  
OFICINA DE FINANZAS

AUTORIZACIÓN PARA PAGO MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A SUPLIDORES

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social Patronal: \_\_\_\_\_  
Números de teléfonos: Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico donde se enviará evidencia de pago: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo, en adelante denominada la UPRA al pago de facturas a través de transferencia electrónica a la cuenta que he indicado. Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que la UPRA cancele o reciba notificación o solicitud por escrito de cancelación, treinta (30) días antes de la efectividad. En caso de recibir un pago realizado incorrectamente a mi cuenta, el Banco podrá debitar la cuenta para corregir el error.

Autorizo y solicito que lo(s) importe(s) de factura(s) a favor de mi institución y/o persona se deposite en la cuenta con el

Banco o Institución financiera \_\_\_\_\_ sucursal de apertura fue \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Ahorro \_\_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_\_

Ruta o Tránsito Número \_\_\_\_\_

Una vez activado este mecanismo de pago, podré enviar cualquier reclamación por concepto de facturas acreditadas a mi cuenta conforme a esta autorización directamente a la UPRA, Oficina de Pre-intervención.

Esta solicitud debe ser entregada en la Oficina de Finanzas o enviada a: Universidad de Puerto Rico en Arecibo - Oficina de Finanzas PO Box 4010 Arecibo, PR 00614-4010. También, puede enviarla desde el correo electrónico oficial de su compañía a FINANZAS.Arecibo@upr.edu

*Este formulario debe ser actualizado y enviado a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo cada vez que la información del proveedor tenga cambios.*

Nombre en letra molde: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*PARA CERTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA*

Nombre y Dirección de la Institución Financiera \_\_\_\_\_

***Certificación de la Institución Financiera***

Certifico la identidad y lo correcto de la información referente a la cuenta del arriba firmante. Como representante de esta Institución Financiera, certifico el acuerdo de recibir y depositar el pago arriba identificado.

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Representante Autorizado*

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*