



**Departamento de Finanzas**  
**AUTORIZACIÓN PARA PAGO DIRECTO**  
**A SUPLIDORES DEL MUNICIPIO**

NOMBRE SUPLIDOR: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL PATRONAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE VENDOR: \_\_\_\_\_

NÚMERO TEL. OFICINA: \_\_\_\_\_ NUM. TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_

NÚM. FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

---

Autorizo al Municipio Autónomo de Guaynabo a realizar el pago por servicios o suministro a través de transferencia electrónica a la cuenta de cheque o cuenta de ahorro que se indica más adelante. Tengo conocimiento que la realización de las transacciones del Account Clearing House debe cumplir con las provisiones de las leyes federales. El Municipio Autónomo de Guaynabo se reserva el derecho de aceptar o cancelar los servicios de pago vía electrónica. Requerimos que esta autorización permanezca en vigor hasta que el Municipio cancele o reciba notificación por escrito 30 días antes de la efectividad. De surgir un pago involuntario, el Departamento de Finanzas podrá debitar su cuenta para corregir el error y/o realizar las gestiones de cobro requeridas conforme lo establece la ley.

---

NOMBRE INSTITUCIÓN BANCARIA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE RUTA Y TRÁNSITO: \_\_\_\_\_  CUENTA DE AHORRO

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_  CUENTA CORRIENTE

FIRMA SUPLIDOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_