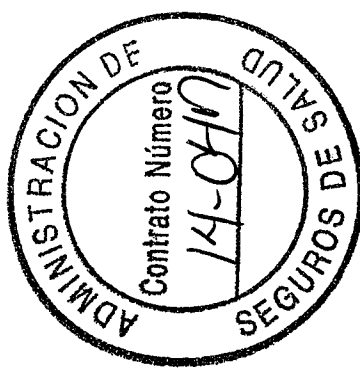
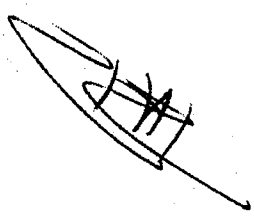


ATTACHMENT #20



A TODOS NUESTROS SUPLIDORES

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico notifica por este medio a todos nuestros suplidores y servicios contratados que a partir de 1ro de mayo de 2013 los pagos se realizaran por medio de pago electrónico.

A tales efectos es necesario completar y enviar a vuelta de correo con la próxima factura, la hoja de Autorización para pago Electrónico (documento que incluimos con esta notificación) debidamente completada en todas sus partes junto con cheque cancelado por correo a:

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE PR
DEPARTAMENTO DE FINANZAS
ATENCION: SR. LUCAS DELGADO
PO BOX 195661
SAN JUAN PUERTO RICO 00919-5661

También incluimos formato para pago que solamente aplica a los servicios contratados. El mismo es requisito para pago de sus próximas facturas presentadas al cobro a partir de servicios prestados durante el mes de abril 2013.

Atentamente,

Lucas Delgado Martinez, CPA
Director Finanzas





ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS
Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones
CEE-SM-12-2017A

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE
SALUD DE PUERTO RICO
PO Box 195661
San Juan, PR 00919-5661



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Salud para todos.

Authorization for Electronic Funds Transfer (EFT)

- Initial Application
 Modification to Initial Application

Ms
[Signature]

Vendor Name	
Vendor address	
Vendor Tax ID Number	Vendor Telephone and fax
Contact Person Name	
Contact Person Position	Contact Person email address

Financial Institution Information

Nine-Digit Routing Number: (Complete using legible numbers)										
Bank Account Number: (Complete using legible numbers)										
Account holder Name:										
Type of Account :	<input type="checkbox"/> Checking									
Financial Institution Name										Branch:

I authorize ASES to make an electronic payment to the account in the above specified financial institution. This authorization will remain in effect until cancelled or amended in a written notification.

Sign and send this completed form to receive your payments electronically.

I hereby certify that the information above is true and correct.

Date: (month/day/year)	Vendor Authorized Signature:
---------------------------	------------------------------



A TODOS NUESTROS SERVICIOS CONTRATADOS

Con el propósito de agilizar el proceso de pre-intervención de sus facturas por servicios, le solicitamos que comenzando el 1 de abril su próxima factura incluya o venga acompañada por un pequeño resumen de la cuantía total de su contrato, las facturas enviadas y el balance disponible en su contrato. Sugerimos el siguiente formato:

Balance Inicial (contrato)	Horas Contratadas	Rate por Hir.	Total
	## _____	\$ _____	\$ _____
Facturas Pagadas	## _____	\$ _____	\$ _____
Factura Corriente	## _____	\$ _____	\$ _____
Balance disponible en contrato	## _____	\$ _____	\$ _____



A TODOS NUESTRO SERVICIOS CONTRATADOS

Con el propósito de agilizar el proceso de pre-intervención de sus facturas por servicios, le solicitamos que comenzando el 1 de julio se incluya como requisito en todos los contratos y PO. Las facturas deben venir acompañadas por un pequeño resumen de la cuantía total de su contrato, las facturas enviadas y el balance disponible en su contrato.

Sugerimos el siguiente formato:

Núm. Contrato	_____
Balance \$	_____
Detalle	Factura xxx \$ _____
	Factura xxx \$ _____
	Factura xxx \$ _____
	Factura corriente \$ _____
Balance a la fecha de esta factura	\$ _____

