



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA



TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIAR: ☐ OT: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIO: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE Logística de Transportes López Molina NIT 900585716 ACTIVIDAD ICA: 49-21
DIRECCION: Cll 37 b # 43-31 CIUDAD: Itaguí DEPARTAMENTO: Ant
TELEFONOS: (604) 6049626 FAX: 3 CELULAR: 3016907059

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Margarita Janneth PRIMER APELLIDO Molina SEGUNDO APELLIDO Restrepo
TIPO DE IDENTIFICACIÓN Cc NÚMERO 42987688 FECHA EXPEDICION 1/08/1978 CIUDAD EXPEDICION Medellín
DIRECCION: Cll 37 b # 43-31 CIUDAD: Itaguí DEPARTAMENTO: Ant
TELEFONOS: (604) 6049626 FAX: 10 CELULAR: 313 8702114

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA 34292809257 CORRIENTE ☐ AHORROS ☒ CÓDIGO DEL BANCO
BANCO Bancolombia SUCURSAL CIUDAD Itaguí

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s) Margarita Janneth	PRIMER APELLIDO Molina	SEGUNDO APELLIDO Restrepo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO 42987688	TIPO Cc	FECHA EXPEDICION 1/08/1978 CIUDAD EXPEDICION Medellín
CARGO EN LA EMPRESA	AREA operaciones	CARGO Directora de operaciones	
TELEFONOS Y FAX	PBX 313 8702114	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s) Hernán	PRIMER APELLIDO López	SEGUNDO APELLIDO Molina
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO 8162639	TIPO Cc	FECHA EXPEDICION 07/02/2001 CIUDAD EXPEDICION Envigado
CARGO EN LA EMPRESA	AREA Gerencia	CARGO Gerente	
TELEFONOS Y FAX	PBX (604) 6049626	EXTENSION 10	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: _____ a los () del mes de _____ de _____.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

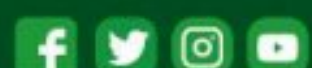
Una aseguradora cooperativa con sentido social

LÍNEA SEGURA NACIONAL 018000 919 538 # 324



www.laequidadseguros.coop

Síguenos en:



N° SINIESTRO

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

AGENCIA	DD	MM	AAAA
---------	----	----	------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OTR ☐		NÚMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:
FECHA DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:	Ocupacion / Profesión:
ESTADO CIVIL:	CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS:	ESTRATO:
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐		ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			CARGO
CIUDAD	DIRECCION	TELEFONO	FAX
DIRECCION DE RESIDENCIA			CIUDAD DE RESIDENCIA
TELEFONO		CELULAR	EMAIL
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS ☐ SI ☐ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER ☐ PUB ☐ D? SI NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL ☐ SI ☐ NO			
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:			

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL Logística de Transportes López Molina		NIT 900585716	
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
López	Molina	Hernán	
C.C. ☒ C.E. ☐	NÚMERO 8.162.639	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN 07/02/2001	
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION		CIUDAD	TELEFONO:
CII 37 b # 43-31		Itagüí	(604) 6049626
PAG. WEB www.transporteslopezmolina.com			FAX: 3
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION		CIUDAD	TELEFONO:
CII 37 b # 43-31		Itagüí	(604) 6049626
			FAX: 3
TIPO DE EMPRESA:	PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☒
		CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐	OTRA:
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION) :			
RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
Hernán López Molina	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ IT ☐	8.162.639	25%
Margarita Janneth Molina Restrepo	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ IT ☐	42.987.688	25%
Natalia López Molina	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ IT ☐	43.869.605	25%
Juan Carlos López Molina	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ IT ☐	8.355.854	25%
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ IT ☐		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES	\$ 1500.000.000	ACTIVOS	\$ 4000.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 1200000000	PASIVOS	\$ 2.000.000.000
OTROS INGRESOS	\$	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS					
AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMÁTICO).	EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMA COM O CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.	HUELLA
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.	

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS:	OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS.
NOMBRE:	CÉDULA: