

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Franco MEDIANOCHE APELLIDO: Zuluaga PRIMER NOMBRE: William SEGUNDO NOMBRE: _____
 C.C. C.E. T.I. R. O.T. NÚMERO: 40092988 LUGAR DE EXPEDICIÓN: ICA FECHA DE EXPEDICIÓN: 14-05/33 SEXO: F M
 FECHA DE NACIMIENTO: 24 Feb 1979 NACIONALIDAD: _____ OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Peritaje - abogado
 ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: _____ ESTRATIFICACIÓN: Cuatro
 TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: abogado
 NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ CARGO: _____
 CIUDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____ FAX: _____
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 20 # V-39 CIUDAD DE RESIDENCIA: Petare
 TELEFONO: 3122658088 CELULAR: 3122658088 EMAIL: Wfranco139@yahoo.com
 POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO
 SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____ NIT: _____
 REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____
 C.C. C.E. NÚMERO _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN _____
 DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ TELEFONO: _____
 PAG. WEB _____ FAX: _____
 DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ TELEFONO: _____
 FAX: _____
 TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE
 CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA CIVIL
 OTRA: _____
 BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ 3000 000 = ACTIVOS: \$ 4000.000 =
 EGRESOS MENSUALES: \$ 3000 000 = PASIVOS: \$ — 0 =
 OTROS INGRESOS: \$ — 0 = 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	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Declaro expresamente que: Pension y trabajo de Abogado

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
- 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.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- 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 conocer y aceptar en
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).

PERSONA JURÍDICA 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

FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Wfranco
 FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.


 HUELLA

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: _____

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO Asprilla	SEGUNDO APELLIDO Hosqueera	PRIMER NOMBRE Jesus	SEGUNDO NOMBRE Antonio
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OT. <input type="checkbox"/>	NUMERO 4830617	LUGAR DE EXPEDICION Jstina	FECHA DE EXPEDICION 18/11/2017 SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
FECHA DE NACIMIENTO 30 agosto 1962	NACIONALIDAD Colombiano	OCCUPACION / PROFESION quirobanos	
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS 0	ESTRATO DOS	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA:		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			
CARGO			
CIUDAD		TELEFONO	
DIRECCION Cra 11 # 7-63		CUIDAD DE RESIDENCIA Periana	
TELEFONO 3137625902		EMAIL	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS HUMANOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P. <input type="checkbox"/> CO7 <input checked="" type="checkbox"/>	
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:			

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURIDICA

RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NIT	
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NUMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION	
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION		CIUDAD	TELEFONO:
PAC. VEB		FAX:	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION		CIUDAD	TELEFONO:
		FAX:	
TIPO DE EMPRESA:	PUBLICA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA:	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>
	PRIVADA <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>
	MIXTA <input type="checkbox"/>		TRANSPORTE <input type="checkbox"/>
			CONSTRUCCION <input type="checkbox"/>
			AGRICOLA <input type="checkbox"/>
			CIVIL <input type="checkbox"/>
OTRA:			
BREVE DESCRIPCION DEL OBJETO SOCIAL:			

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES	\$ 1300.000 =	ACTIVOS	\$ 1000.000 =
EGRESOS MENSUALES	\$ 1300.000 =	PASIVOS	\$ - 0 -
OTROS INGRESOS	\$ - 0 -	CONCEPTO OTROS INGRESOS	- 5 -

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACION A CONTINUACION LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. DECLARACION DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio): **Trabajo del oficio banos**
- Tanto mi actividad, profesion u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilicitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La informacion que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de informacion 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 informacion derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vinculo 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 conocer y aceptar en
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiaci3n del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

PERSONA NATURAL

PERSONA JURIDICA

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (CÉDULA DE CIUDADANIA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERIA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Jesus Antonio A.M

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.



HUELLA

8. INFORMACION ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFECCION DE DATOS.

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACION DE DATOS.

NOMBRE:

CÉDULA:


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIA OTRO CUANTO Tudemarizado
 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO CUAL:

DATOS DE LA EMPRESA
 NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDADE: _____ DEPARTAMENTO: _____
 TELEFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL
 NOMBRES: Jesus Antonio PRIMER APELLIDO: Asprilla SEGUNDO APELLIDO: Mosquera
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Cedula NÚMERO: 4837617 FECHA EXPEDICIÓN: 28/03/81 CIUDADE EXPEDICIÓN: Salamina
 DIRECCIÓN: Cra 11 # 7-63 CIUDADE: Peñera DEPARTAMENTO: Risaralda
 TELEFONOS: 313 7625292 FAX: _____ CELULAR: 3137625292

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: 500 805 225 48-0 CORRIENTE AHORROS CÓDIGO DEL BANCO: 470
 BANCO: Popular SUCURSAL: Pral CIUDADE: Peñera

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDADE EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX	
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDADE EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	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: x Jesus Antonio A.M
4837617

 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
 VIGILADO

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	
---	--	---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/>	INTERMEDIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input checked="" type="checkbox"/>	CUAL: <u>apoderado</u>
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	CUAL:	

DATOS DE LA EMPRESA		
NOMBRE:	NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			
NOMBRES: <u>William</u>	PRIMER APELLIDO: <u>Franco</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Zuluaga</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: <u>Cedula</u>	NÚMERO: <u>10092948</u>	FECHA EXPEDICION: <u>14 Mayo 1977</u>	CIUDAD EXPEDICION: <u>Medina</u>
DIRECCION: <u>Calle 20 # 15-39</u>	CIUDAD: <u>Per</u>	DEPARTAMENTO: <u>Boyacá</u>	
TELEFONOS: <u>312 265 8088</u>	FAX:	CELULAR: <u>312 265 8088</u>	

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: <u>633090014</u>	CORRIENTE: <input type="checkbox"/>	AHORROS: <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO:
BANCO: <u>Popo</u>	SUCURSAL: <u>Unicentro</u>	CIUDAD: <u>Per</u>	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX	
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	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: Franco
10092948

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA