


**AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR  BENEFICIARIO  INTERMEDIARIA  OTRO  CUAL: \_\_\_\_\_

 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA  INDEMNIZACIÓN  PRESTACIÓN DE SERVICIO  CUAL: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA EMPRESA**

NOMBRE	NT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL**

NOMBRES <b>LINA PATRICIA</b>		PRIMER APELLIDO <b>ALBA</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>RODRIGUEZ</b>
CÉDULA DE CIUDADANÍA TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO <b>40.042.414</b>	FECHA EXPEDICION <b>17 NOV. 1995</b>	CIUDAD EXPEDICION <b>TUNJA</b>
DIRECCION: <b>CARRERA 9 A No. 77-23</b>	CIUDAD: <b>TUNJA</b>	DEPARTAMENTO: <b>BOYACA</b>	
TELEFONOS: <b>320-4747031</b>	FAX:	CELULAR: <b>320-4747031</b>	

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 <b>855-008652-87</b>	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO <b>BANCOLOMBIA</b>	SUCURSAL <b>TUNJA</b>	CIUDAD <b>TUNJA</b>

**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	FBX	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	FBX	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: **TUNJA** a los **(14)** del mes de **MAYO** de **2.025**

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

C.C. No. 40.042.414 de Tunja

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

N° SINIESTRO \_\_\_\_\_

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO <b>ALBA</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>RODRIGUEZ</b>	PRIMER NOMBRE <b>LINA</b>	SEGUNDO NOMBRE <b>PATRICIA</b>
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/>	NÚMERO <b>40.042.414</b>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>TUNJA</b>	FECHA DE EXPEDICIÓN <b>7 NOV. DE 1995</b> SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO <b>30 DE SEPTIEMBRE DE 1977</b>	NACIONALIDAD <b>COLOMBIANA</b>		OCCUPACIÓN / PROFESIÓN <b>ABOGADA</b>
ESTADO CIVIL: CASADO <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS <b>3</b>	ESTRATO <b>4</b>	
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 ECONÓMICA <b>INDEPENDIENTE</b>		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA _____ CARGO _____			
CIUDAD _____ DIRECCIÓN _____		TELÉFONO _____	FAX _____
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA <b>CARRERA 9 A No. 77-23 PORTAL DE HUNZAHÚA</b>			
TELÉFONO <b>320-4747031</b>		CÉLULAR <b>320-4747031</b>	EMAIL <b>abogadalinaalba@gmail.com</b>
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO 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 JURÍDICA			
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL _____			NIT _____
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE _____	SEGUNDO NOMBRE _____
C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	NÚMERO _____	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN _____	
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN _____		CIUDAD _____	TELÉFONO: _____
PAG. WEB _____		FAX: _____	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN _____		CIUDAD _____	TELÉFONO: _____
FAX: _____		TELÉFONO: _____	
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/>	OTRA: _____
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____			

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUIRIR MÁS 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"/> N.T. <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.T. <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.T. <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.T. <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.T. <input type="checkbox"/>		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)			
INGRESOS MENSUALES	<b>₡ 5.000.000,00</b>	ACTIVOS	<b>₡ 30.000.000,00</b>
EGRESOS MENSUALES	<b>₡ 4.000.000,00</b>	PASIVOS	<b>₡ 15.000.000,00</b>
OTROS INGRESOS	<b>₡</b>	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

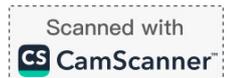
4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS					
AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO	
Declaro expresamente que: 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 conocer y aceptar en todas sus partes. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	<h2 style="margin: 0;">HONORARIOS</h2>

PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO 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 COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.	
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. <b>No. 40.042.414 de Tunja</b>	

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: _____	



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA DE  
COLOMBIA

NUMERO 40.042.414

ALBA RODRIGUEZ

APELLIDOS

LINA PATRICIA

NOMBRES

*[Handwritten Signature]*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1977

TUNJA  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

17-NOV-1995 TUNJA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0700100-00132783-F-0040042414-20081202

0007352605A 1

6770008783

# Certificado Bancario

Martes, 6 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LINA PATRICIA ALBA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 40042414, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	85500865287	2002/10/16	ACTIVA

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**