

	AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/>	INTERMEDIA F: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____
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	LUZ ANGELINA	PRIMER APELLIDO	MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO	BENITEZ
TIPO DE IDENTIFICACION	C.C.	NÚMERO	46.540.940	FECHA EXPEDICION	15/10/1997
DIRECCION:	KM 8 AUTOPISTA VEREDA UCUENGÁ		CIUDAD:	NOBSA	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	3203034760		FAX:		CELULAR:
					3203034760

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	262-16422-171	CORRIENTE	<input type="checkbox"/>	AHORROS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	BANCOLOMBIA	SUCURSAL	DUITAMA		CIUDAD	DUITAMA

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

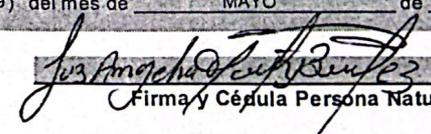
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
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: DUITAMA a los (09) del mes de MAYO de 2025

Firma del Representante Legal y Sello

 Firma y Cédula Persona Natural

VIGILADO PATENTE FINANCIERA DE COLOMBIA

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

N° SINIESTRO _____

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL							
PRIMER APELLIDO	MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO	BENITEZ	PRIMER NOMBRE	LUZ	SEGUNDO NOMBRE	ANGELINA
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OT. <input type="checkbox"/>	NÚMERO	46.450.940	LUGAR DE EXPEDICIÓN	DUITAMA	FECHA DE EXPEDICIÓN	15/10/1997	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO	16/09/1979	NACIONALIDAD	COLOMBIANA	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN	PSICOLOGA		
ESTADO CIVIL	CASADO <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS	3	ESTRATO	2		
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: ASESORA PEDAGOGICA						
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	N/A						
CARGO							
CUIDAD	NOBSA	DIRECCIÓN			TELÉFONO	3203034760	FAX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	KM 8 Autopista Vereda Ucuengá						
TELÉFONO	3203034760	CELULAR			EMAIL		
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"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN					
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN				CUIDAD	TELÉFONO:		
PAG. WEB				FAX:			
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN				CUIDAD	TELÉFONO:		
				FAX:			
TIPO DE EMPRESA:	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	OTRA: _____		
	PRIVADA <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>			
	MIXTA <input type="checkbox"/>		TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>			
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	\$ 2.000.000.00	ACTIVOS	\$ 30.000.000.00
EGRESOS MENSUALES	\$ 1.400.000.00	PASIVOS	\$ 10.000.000.00
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						
ANO	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:

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

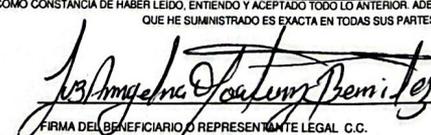
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

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

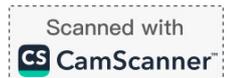
4. Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulta 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

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

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO	
FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO 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.	 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: _____	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **46.450.940**

MARTINEZ BENITEZ
APELLIDOS

LUZ ANGELINA
NOMBRES

Luz Angelina Martinez Benitez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-1979**

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

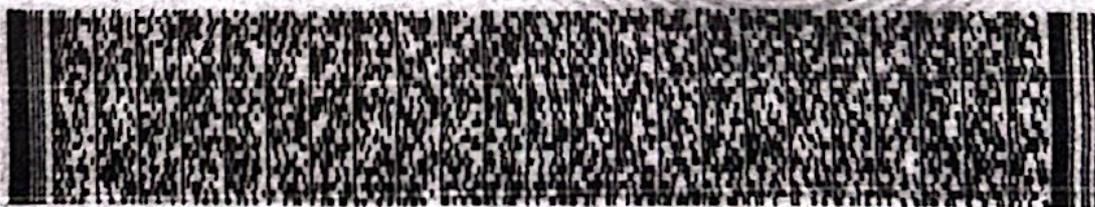
1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

15-OCT-1997 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0718600-34159631-F-0046450940-20070927

0008107270A 02 210909285

Certificado Bancario

Jueves, 10 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUZ ANGELINA MARTINEZ BENITEZ identificado(a) con CC 46450940, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	26216422171	2004/02/02	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**