

|         |    |    |      |
|---------|----|----|------|
| AGENCIA | DC | MM | AAAA |
|         | 15 | 11 | 2023 |

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                         |                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                |                          |                                         |                                                                                                        |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                         | SEGUNDO APELLIDO         | PRIMER NOMBRE                           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                         |
| Alzate                                                                                                                                                                                                                                                  | Vosada                   | Patricia                                | Elana.                                                                                                 |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OTR. <input type="checkbox"/>                                                                                          | NÚMERO: 43429492         | LUGAR DE EXPEDICIÓN: Bello              | FECHA DE EXPEDICIÓN: 19 Nov / 82 SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO: 28 de feb. / 63                                                                                                                                                                                                                    | NACIONALIDAD: Colombiana | OCCUPACIÓN / PROFESIÓN: Pensionada      |                                                                                                        |
| ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>                                                                                              | N° DE HUÉS               | ESTRATO                                 |                                                                                                        |
| TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | ACTIVIDAD ECONÓMICA:     |                                         |                                                                                                        |
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA                                                                                                                                                                                                                      |                          | CARGO                                   |                                                                                                        |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                  | DIRECCIÓN                | TELÉFONO                                | FAX                                                                                                    |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 51A N° 54-59 B. Perez - Bello                                                                                                                                                                                            |                          | Ciudad de RESIDENCIA: Bello (Antioquía) |                                                                                                        |
| TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                | CÉDULA                   | 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                                                                                | Ciudad                                                                                                                          | TELÉFONO                                                                                               |                                |
| PAG. WEB                                                                                                          | FAX                                                                                                                             |                                                                                                        |                                |
| DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN                                                                               | Ciudad                                                                                                                          | TELÉFONO                                                                                               |                                |
| FAX                                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                |
| 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: <input type="checkbox"/> |
| BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:                                                                              |                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                |

| IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR 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"/> 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= | ACTIVOS                 | \$ 200.000.000= |
| EGRESOS MENSUALES                                                     | \$ 1.700.000= | PASIVOS                 | \$ 60.000.000=  |
| OTROS INGRESOS                                                        | \$ - 0 -      | CONCEPTO OTROS INGRESOS |                 |

| 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS                                                                            |      |          |       |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-------|--------------------------|--------------------------|
| RELACIÓN A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS: |      |          |       |                          |                          |
| AÑO                                                                                                                      | RAMO | COMPANÍA | 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 |  |
| 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 CARNÉ 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                                                                                                                                  |                                                                                                 |
| FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES. |                                                                                                 |
| <br>FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.                           | <br>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:                                              |