equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: X INTERMEDIARIO: ☐ OTRO: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: ☐ INDEMNIZACIÓN: X PRESTACIÓN DE SERVICIOS: ☐ OTRO: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: COMESTIBLES ALDOR SAS	NIT: 800096040-9	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION: Calle 15 No. 28-75, Acopi	CIUDAD: CALI	DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
TELEFONOS: (572) 4878780	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
DIRECCION:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:		FAX:	CELULAR:

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:	CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☐	CÓDIGO DEL BANCO:
BANCO:	SUCURSAL:	CIUDAD:

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
1118287711

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

equidad seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: X INTERMEDIARIO: ☐ OTRO: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: ☐ INDEMNIZACIÓN: X PRESTACIÓN DE SERVICIOS: ☐ OTRO: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD: CALI	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Juan Manuel		PRIMER APELLIDO: Varela	SEGUNDO APELLIDO: Triana
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO: 1.118.287.711	FECHA EXPEDICION: 1/12/2005	CIUDAD EXPEDICION: Yumbo
DIRECCION: CRA 1D1A # 2AN 151 BRISAS DE LOS ANDES		CIUDAD: Cali	DEPARTAMENTO: Valle del Cauca
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR: 3167983040	

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: 741-742-636-32	CORRIENTE: ☐ AHORROS: X	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO: Bancolombia SAS	SUCURSAL: CALI	CIUDAD: Cali

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 _____.

Juan Manuel Varela Triana

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

1118 287 711

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

equidad seguros
Una aseguradora cooperativa con sentido social

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Fecha Diligenciamiento: 2 de noviembre de 2023 Ciudad: Cali Sucursal: Cali

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☑ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otro _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO:(INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual _____
Asegurado-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual _____

1.INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Varela SEGUNDO APELLIDO: Triana NOMBRES: Juan Manuel

TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 1.118.287.711 FECHA DE EXPEDICIÓN: 1/12/2005 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Yumbo

FECHA DE NACIMIENTO: 11/04/1987 LUGAR DE NACIMIENTO: Cali NACIONALIDAD 1: Colombiano NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: juanva19870411_@outlook.es DIRECCIÓN (Residencia): Cra 1D1A No.56-119 CIUDAD: Cali

DEPARTAMENTO: Valle del Cauca TELÉFONO: _____ CELULAR: 3167983040

SECTOR: _____ CIIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____

OCUPACIÓN: Operario CARGO: Operario Temperador EMPRESA DONDE TRABAJA: Comestibles Aldor SAS

CIUDAD: Cali DIRECCIÓN (Oficina): Calle 15 No. 28-75, Acopi DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

TELÉFONO (Oficina): 4878780 ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIIU (cod): _____

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): _____

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 1.263.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) 650.000

ACTIVOS (Pesos) _____ PASIVO (Pesos) _____

PATRIMONIO (Activos-PasivosPesos) 0 OTROS INGRESOS (Pesos) 0

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES 0

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente?. (Ver definición en el pie de página) SI ☐ NO ☑	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ☐ NO ☑

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI ☐ NO ☑	

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI ☐ NO ☑ Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☑ CUAL _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☑ ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☑

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

Powered by CamScanner

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI ☐ NO ☑

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:
Se debe adjuntar la siguiente documentación:
- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:
Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:
1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
e. El control y la prevención del fraude.
f. La liquidación y pago de siniestros:
g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, trasmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, trasmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

Powered by CamScanner

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Juan Manuel Varela Triana

FIRMA CLIENTE O APODERADO

Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

_____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: _____

Resultados de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

_____

Firma: _____

Observaciones: _____

_____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona politícamente expuesta o vinculado:

Vinculo/ Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

*Vinculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

Powered by CamScanner

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

N° SINIESTRO: SP122360

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	02	11	2023

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VARELA	TRIANA	JUAN	MANUEL

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R [ ] OTR [ ] NÚMERO: 1.118.287.711 LUGAR DE EXPEDICIÓN: YUMBO FECHA DE EXPEDICIÓN: 01-12-2005 SEXO F [ ] M [X]

FECHA DE NACIMIENTO: 11-04-1987 NACIONALIDAD: COLOMBIANA OCUPACION / PROFESION: OPERARIO

ESTADO CIVIL: CASADO [ ] SOLTERO [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [X] ESTUDIANT [ ] AMA DE CASA [ ] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [ ] ACTIVIDAD ECONÓMICA: DEPENDIENTE

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: COMESTIBLES ALDOR SAS CARGO: OP. TEMPERADOR

CIUDAD: CALI DIRECCION: Calle 15 No. 28-75, Acopi TELEFONO: (572) 4878780 FAX:

DIRECCION DE RESIDENCIA: CRA 1D1A # 2AN 151 BRISAS DE LOS ANDES CIUDAD DE RESIDENCIA: CALI VALLE DEL CAUCA

TELEFONO: CELULAR: 3167983040 EMAIL: juanva19870411_@outlook.es

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? [ ] SI [X] NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P[ ]ICO? [X] NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? [ ] SI [X] NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON 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: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO:

PAG. WEB | FAX:

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

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, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		

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

INGRESOS MENSUALES	$ 1.263.000	ACTIVOS	$
EGRESOS MENSUALES	$ 650.000	PASIVOS	$
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	COMPAÑIA	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 conocer y aceptar en
5. 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	*PERSONA JURIDICA*
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 LEIDO ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Juan Manuel Varela Triana

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1118287711

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

GRG-FO-0040
06/2017

Powered by CamScanner

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

N° SINIESTRO: SP122360

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	02	11	2023

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VARELA	TRIANA	JUAN	MANUEL

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R. [ ] OT. [ ] NÚMERO: 1.118.287.711 LUGAR DE EXPEDICIÓN: YUMBO FECHA DE EXPEDICIÓN: 01-12-2005 SEXO F [ ] M [X]

FECHA DE NACIMIENTO: 11-04-1987 NACIONALIDAD: COLOMBIANA OCUPACIÓN / PROFESIÓN: OPERARIO

ESTADO CIVIL: CASADO [ ] SOLTERO [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [X] ESTUDIANT [ ] AMA DE CASA [ ] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [ ] ACTIVIDAD ECONÓMICA: DEPENDIENTE

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: COMESTIBLES ALDOR SAS CARGO: OP. TEMPERADOR

CIUDAD: CALI DIRECCIÓN: Calle 15 No. 28-75, Acopi TELEFONO: (572) 4878780 FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 1D1A # 2AN 151 BRISAS DE LOS ANDES CIUDAD DE RESIDENCIA: CALI VALLE DEL CAUCA

TELEFONO: CELULAR: 3167983040 EMAIL: juanva19870411_@outlook.es

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? [ ] SI [X] NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P[ ]CO? [X] NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? [ ] SI [X] NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON 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: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

PAG. WEB

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

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, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		

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

INGRESOS MENSUALES	$ 1.263.000	ACTIVOS	$
EGRESOS MENSUALES	$ 650.000	PASIVOS	$
OTROS INGRESOS	$	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	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 conocer y aceptar en
5. 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	PERSONA JURIDICA
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, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Juan Manuel Varela Triana

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1118287711

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

Powered by CamScanner