

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

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO: Pinzon SEGUNDO APELLIDO: Juarez PRIMER NOMBRE: Alcira SEGUNDO NOMBRE: Magota

C.C.  C.E.  T.I.  R.  OTI  NÚMERO: 39-794-126 LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ FECHA DE EXPEDICIÓN: 27-Jul-1987 SEXO  F  M

FECHA DE NACIMIENTO: 23-Mar-1969 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Auxiliar Enfermería

ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTERO  SEPARADO  VIUDO  N° DE HIJOS: 2 ESTRATO: 2

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO  ESTUDIANTE  AMA DE CASA  RENTISTA  PENSIONADO  INDEPENDIENTE  ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8692

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?  SI  NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO?  SI  NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?  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: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PAG. WEB: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

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 RELACION):

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	% 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. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)**

INGRESOS MENSUALES: \$ 1'500.000 ACTIVOS: \$ \_\_\_\_\_

EGRESOS MENSUALES: \$ 500.000 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	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:

- 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 obliga 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 destinarán 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 LEÍDO, ENTENIDO 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. 39-794-126



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: \_\_\_\_\_


**AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR:  BENEFICIARIO:  INTERMEDIAR  OT  CUAL: \_\_\_\_\_

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

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

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

NOMBRES	Alcira	PRIMER APELLIDO	Pinzon	SEGUNDO APELLIDO	Juarez
TIPO DE IDENTIFICACION	CC	NÚMERO	39.794.126	FECHA EXPEDICION	27-Jul-1987
				CIUDAD EXPEDICION	Bogotá
DIRECCION:	Cll 160 # 96 -16 APT 102			CIUDAD:	Bogotá
				DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
TELEFONOS:	3208980131		FAX:		CELULAR: 3208980131

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	005439625	CORRIENTE	<input type="checkbox"/>	AHORROS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	Banco de Bogotá	SUCURSAL	Suba	CIUDAD	Bogotá	

**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

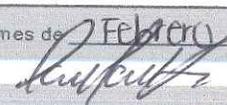
Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: \_\_\_\_\_

 En constancia se firma en: Bogotá a los (22) del mes de Febrero de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

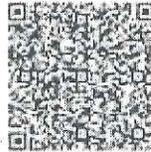
 39794126

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14813120203



141507002020099640000000000014113120203

5. Número de identificación tributaria (NIT)

3 9 7 9 4 1 2 6 8

6. D.V.

8

12. Descripción nacional

Impuestos de Renta

13

2

14. Buzón electrónico

**IDENTIFICACIÓN**

21. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

3 9 7 9 4 1 2 6

27. Fecha expedición

1 9 8 7 0 7 2 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PINZON

32. Segundo apellido

SUAREZ

33. Primer nombre

ALCIRA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 160 B 96 46 AP 102 BRR SUBA SALITRE

42. Correo electrónico

alcrapinon2@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 8 1 0 0 1 2

45. Teléfono 2

3 2 0 8 9 8 0 1 3 4

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9 1 2 0 1

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

**Otras actividades**

50. Código

1 5

**Ocupación**

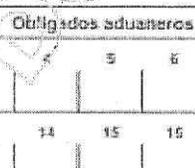
51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimiento

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
20- Obtención NIT	2	0																								



Obbligados aduaneros

**Exportadores**

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CFC			

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	60. No. de Folios	2	61. Fecha	2022-02-17 10:21:28
------------	----	-------------------------------------	----	--------------------------	-------------------	---	-----------	---------------------

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de consultar información en alguno de los datos suministrados se actualizarán los procedimientos administrativos correspondientes a la suspensión, según el caso.  
Parágrafo del artículo 16.1.2.26 del Decreto 1625 de 2016  
Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:  
984. Nombre OTERO NAVARRO LIBIA ISABEL  
985. Cargo Analista III

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona PINZON SUAREZ, ALCIRA identificado(a) con CC 39794126 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 005439625 desde el 31 de enero de 2024, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 31 de enero de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



---

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.794.126

PINZON SUAREZ

APELLIDOS  
ALCIRA

NOMBRES

*Nancy Pinzon Suarez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1969

CIMITARRA  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

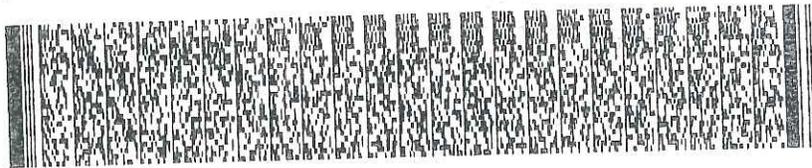
1.52  
ESTATURA

A+  
G.S. RH

F  
SEXO

27-JUL-1987 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00200663-F-0039794126-20091129

0018472787A 1

1130107495