

N° SINIESTRO

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

AA008239

AGENCIA

DD

13

MM

11

AAAA

2013

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Barliza SEGUNDO APELLIDO: Illige PRIMER NOMBRE: Jorge Eliecer SEGUNDO NOMBRE: _____

C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ O.T. ☐ NÚMERO: 84085137 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Bogotá FECHA DE EXPEDICIÓN: _____ SEXO F. ☐ M. ☒

FECHA DE NACIMIENTO: 20/10/1978 NACIONALIDAD: Colombiano OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Abogado

ESTADO CIVIL: CASADO ☒ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ N° DE HIJOS: _____ ESTATO: 5

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☒ ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ CARGO: _____

CUIDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: C11 129 # 7 B-46 Ap. 510 CIUDAD DE RESIDENCIA: Bogotá

TELÉFONO: 3157492011 CELULAR: _____ EMAIL: progebarliza@hotmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER? ☐ 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 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. ☐ 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 beneficiario)

INGRESOS MENSUALES: \$ 7.000.000 EGRESOS MENSUALES: \$ 7.000.000 OTROS INGRESOS: \$ -0-

ACTIVOS: \$ -0- PASIVOS: \$ 30.000.000

CONCEPTO OTROS INGRESOS: 0-

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

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): Honorarios
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito 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 obligo 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 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 han 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.

PERSONA NATURAL**6. DOCUMENTOS REQUERIDOS****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.

FIRMA COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADICIONALMENTE DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 84085137**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: ☐ OTR: ☐ CUAL: _____
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIO: ☐ CUAL: _____

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____
TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

NOMBRES: Jorge Eliacer PRIMER APELLIDO: Barliza SEGUNDO APELLIDO: Illidge
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC NÚMERO: 84085137 FECHA EXPEDICIÓN: 18/02/97 CIUDAD EXPEDICIÓN: Bohachá
DIRECCIÓN: C11129 # 7 B-46 Ap 510 CIUDAD: BTA DEPARTAMENTO: Cund
TELÉFONOS: 3157492011 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:

NÚMERO DE CUENTA: 007470364972 CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☒ CÓDIGO DEL BANCO: _____
BANCO: Daviuenda SUCURSAL: _____ CIUDAD: BTA

NOMBRES Y APELLIDOS: NOMBRE(S): _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NÚMERO: _____ TIPO: _____ FECHA EXPEDICIÓN: _____ CIUDAD EXPEDICIÓN: _____
CARGO EN LA EMPRESA: ÁREA: _____ CARGO: _____
TELÉFONOS Y FAX: PBX: _____ EXTENSION: _____ FAX: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: NOMBRE(S): _____ PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NÚMERO: _____ TIPO: _____ FECHA EXPEDICIÓN: _____ CIUDAD EXPEDICIÓN: _____
CARGO EN LA EMPRESA: ÁREA: _____ CARGO: _____
TELÉFONOS 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 13 del mes de Noviembre de 2018

Firma del Representante Legal y Sello

Jorge Eliacer Barliza Illidge
Firma y Cédula Persona Natural
C.C. 84.085.137



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién Interese**

14/11/2018

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **JORGE ELIECER BARLIZA ILLIDGE** con Cédula de Ciudadanía número **84085137**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570007470364972
Fecha de apertura	23/01/2004

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.085.137

BARLIZA ILLIDGE

APELLIDOS

JORGE ELIECER

NOMBRES

Jorge Eliecer Barliza Illidge
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1978

MAICAO
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.85

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

18-FEB-1997 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torrey
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORREY



A-4800100-00158346-M-0084085137-20090602

0012079733A 1

7860003558