

10234366

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	24	11	2023

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO DE LA CRUZ	SEGUNDO APELLIDO LAJI	PRIMER NOMBRE JADER	SEGUNDO NOMBRE EDINSON
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OTI ☐	NÚMERO: 4.736.332	LUGAR DE EXPEDICIÓN: BALBOA	FECHA DE EXPEDICIÓN: 30 ENERO 2001 SEXO: F ☐ M ☒
FECHA DE NACIMIENTO: 23 MAYO 1982	NACIONALIDAD: COLOMBIANO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN: LICENCIADO EN PEDAGOGIA INFANTIL	
ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS: 2	ESTRATO: 1	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐		ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA FUNDACION LICEO COMERCIAL CIUDAD DE EL BORDO		CARGO AGENTE EDUCATIVO	
CIUDAD: BALBOA	DIRECCIÓN: VEREDA EL TACHUELO	TELÉFONO: 312 363 2063	FAX:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CALLE 72 NORTE # 5 E ESTE 28		CIUDAD DE RESIDENCIA POPAYAN	
TELÉFONO:	CELULAR: 312 363 2063	EMAIL: campoylopezabogados@gmail.com	
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 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	\$ 2.400.00	ACTIVOS	\$ 120.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 1.000.000	PASIVOS	\$ 30.000.000
OTROS INGRESOS	\$ 2.500.000	CONCEPTO OTROS INGRESOS	RENTA DE VEHICULO

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
				☐	☐
				☐	☐

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 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 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.

AGENTE EDUCATIVO Y RENTA DE VEHICULO

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. ADÉMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Jader De la Cruz
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 4736332



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:
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES JADER EDINSON	DE LA CRUZ PRIMER APELLIDO	IJAJI SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C.	NÚMERO 4.736.332	FECHA EXPEDICIÓN 30 ENERO 2001
DIRECCIÓN: CALLÉ 72 NORTE # 5 E ESTE 28	CIUDAD: POPAYAN	DEPARTAMENTO: CAUCA
TELÉFONOS:	FAX:	CELULAR: 312 363 2063

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 86861976442	CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO BANCOLOMBIA	SUCURSAL CENTRO	CIUDAD POPAYAN

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICIÓN
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: **POPAYAN** a los (24) del mes de **NOVIEMBRE** de 2023.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

Jader De la Cruz CC 4736332