

N° SINIESTRO

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

10288092

AGENCIA

DD

MM

AAAA

20

01

2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cruz	Vaquero	Norbey	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ O.T. ☐	NÚMERO 1.106.772.914	LUGAR DE EXPEDICIÓN Chaparral	FECHA DE EXPEDICIÓN 12-Jun-2006 SEXO ☐ M ☒ F
FECHA DE NACIMIENTO 29-mayo-1988	NACIONALIDAD colombiana	OCUPACIÓN / PROFESIÓN funcionario público	
ESTADO CIVIL CASADO ☒ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS 2	ESTRATO 2	
TIPO DE ACTIVIDAD ASALABADO ☒ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONOMICA Empleado		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA Ejército Nacional			
CARGO	Sargento segundo		
Ciudad Pasto	DIRECCIÓN calle 22 N° 14-47 Av. Colombia	TELÉFONO 3144739721	FAX No
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Carretera 3A N° 21B - 109 B/ Santa Bárbara	Ciudad de residencia Pasto		
TELÉFONO No	CELULAR 3183632057	E-MAIL norbeycruz201568@gmail.com	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO COZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☒ NO			
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE funcionario público adscrito a Ejército Nacional			

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURIDICA			
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	FAX
PAG WEB			
DATOS SUCURSAL O AGENCIA DIRECCIÓN	Ciudad	TELÉFONO	FAX
TIPO DE EMPRESA PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONOMICA 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	\$ 2.600.000	ACTIVOS	\$ 33.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 2.000.000	PASIVOS	\$ 31.000.000
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	Ninguno

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: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Los recursos provienen de la labor como funcionario público adscrito a Ejército Nacional. 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 JURIDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CEDULA DE CIUDADANIA, TARJETA EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE IDENTIDAD, CEDULA DE EXTRANJERIA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMATICA)	DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO	
FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. Afirmas declarar que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.	
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1.106.772.914	HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA	
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA O CONFIRMACIÓN DE DATOS	OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS
NOMBRE: CÉDULA	

GRG-FO-0040
06/2017