equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIAR: ☐ OT: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☒ PRESTACIÓN DE SERVIC: ☐ C: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: Jorge Juan Ciro	NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Jorge Juan	PRIMER APELLIDO: Ciro	SEGUNDO APELLIDO:	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Cedula	NÚMERO: 98591930	FECHA EXPEDICION: 31/oct/1991	CIUDAD EXPEDICION: Bello
DIRECCION: Dg 50 A #32-200 Apto 720	CIUDAD: Bello	DEPARTAMENTO: Antioquia	
TELEFONOS: 6044332585	FAX:	CELULAR: 3218129296	

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: 366000053021	CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☒	CÓDIGO DEL BANCO: 07
BANCO: Bancolombia	SUCURSAL: Terminal	CIUDAD: Medellin

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: Medellin a los (11) del mes de Enero de 2024

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural 98591930

Powered by CamScanner

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

N° SINIESTRO _____

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	11	01	2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Civo		Jorge	Ivan

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R [ ] OTR [ ] NÚMERO: 98591930 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Bello FECHA DE EXPEDICIÓN: 31/oct/91 SEXO F [ ] M [X]

FECHA DE NACIMIENTO: 25/07/1969 NACIONALIDAD: Colombiano OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Conductor

ESTADO CIVIL: CASADO [X] SOLTERO [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: 4 ESTRATO: 4

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Cooperbombas CARGO: Conductor

CIUDAD: Medellin DIRECCION: Calle 59 #51D-41 TELEFONO: 6044440000 FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Dg 50A #32-200 Apto. 720 CIUDAD DE RESIDENCIA: Bello

TELEFONO: Dg 6044332585 CELULAR: 3218129296 EMAIL: elvirojorgeivan@gmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? [ ] SI [X] NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? [ ] SI [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: DIRECCIÓN | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

PAG. WEB

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN | 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 beneficiario)

INGRESOS MENSUALES	$ 3.700.000	ACTIVOS	$ 740.000.000
EGRESOS MENSUALES	$ 3.000.000	PASIVOS	$ 270.000.000
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) Transporte de pasajeros
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.

X _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 98.591.930

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIMACIÓN DE DATOS.

Powered by CamScanner