

N° SINIESTRO

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

170041

AGENCIA Equidad DD 27 MM 09 AAAAA 2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Ladino SEGUNDO APELLIDO: Molina PRIMER NOMBRE: Juan SEGUNDO NOMBRE: Edier

C.C. C.E. T.I. R. O.T. NÚMERO: 1090338703 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Quinchia FECHA DE EXPEDICIÓN: 03/04/15 SEXO: M F

FECHA DE NACIMIENTO: 04/04/1997 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACION / PROFESION: Servidor P

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO BEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: ESTRATO:

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANT AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONOMICA:

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Policia Nacional CARGO:

CIUDAD: Quinchia DIRECCION: Carrera 9 N-4-34 TELEFONO: 3506843697 FAX: ---

DIRECCION DE RESIDENCIA: Carrera 9 N-4-34 CIUDAD DE RESIDENCIA: Quinchia

TELEFONO: 3506843697 CELULAR: 3506843697 EMAIL: juane.ladino@c

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE: Servidor publico RONAL

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURIDICA

RAZON O DENOMINACION 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: DIRECCION: CIUDAD: TELEFONO:

PAG WEB: FAX:

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION: CIUDAD: TELEFONO: FAX:

TIPO DE EMPRESA: PUBLICA PRIVADA MIXTA ACTIVIDAD ECONOMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCION AGRICOLA CIVIL OTRA:

BREVE DESCRIPCION DEL OBJETO SOCIAL:

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% 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. INFORMACION FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES \$ 2659000

EGRESOS MENSUALES \$ 434889

OTROS INGRESOS \$ 0

ACTIVOS \$ 5521000

PASIVOS \$ 35000000

CONCEPTO OTROS INGRESOS 0

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACION LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION
2023		Equidad Seguros	1500.000	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5. DECLARACION DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que: Servidor publico RONAL

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

2. Tanto mi actividad, profesion u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilicitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

3. La informacion 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 estadisticos y de informacion entre companias 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 informacion derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vinculo 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 financiacion 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 IDENTIFICACION (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION 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 LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Juan Edier Ladino Molina

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.



HUELLA

8. INFORMACION ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACION DE DATOS: OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACION DE DATOS:

NOMBRE: CÉDULA:

IND-040
01/2012