

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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	03	04	2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO MONTOYA	PRIMER NOMBRE ASTRID	SEGUNDO NOMBRE ASTRID JULIANA
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OTR. <input type="checkbox"/>	NÚMERO: 1.020.451.893	LUGAR DE EXPEDICIÓN: Bello Antioquia	FECHA DE EXPEDICIÓN: 23 /02/2011 SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO: 16 de febrero de 1993		NACIONALIDAD: Colombiana	OCCUPACION / PROFESION: Auxiliar administrativa
ESTADO CIVIL: CASADO <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS: 1	ESTRATO: 2	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIANT <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA: Asesora comercial	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA Teleperformance		CARGO Asesora de línea ARL Sura	
CIUDAD Medellín	DIRECCION Cll 26 # 92 32	TELEFONO 601 4049080	FAX
DIRECCION DE RESIDENCIA diagonal 59 # 32 -02 , Niquía bello		CIUDAD DE RESIDENCIA Bello Antioquia	
TELEFONO	CELULAR 316 2469568	EMAIL astridj.0216@hotmail.com	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> 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: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/>	OTRA:
BREVE DESCRIPCIÓN 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	\$ \$1'160.000	ACTIVOS	\$ \$1'160.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 850.000	PASIVOS	\$ 850.000
OTROS INGRESOS	\$	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACION LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS					
AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 obliga 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 destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

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 LEIDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.	HUELLA
<p>Astrid Juliana Rodriguez Montoya</p> <p>_____ FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.</p>	

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: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/>	INTERMEDIARIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____	

DATOS DE LA EMPRESA		
----------------------------	--	--

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL		
--	--	--

NOMBRES	ASTRID JULIANA	PRIMER APELLIDO	RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO	MONTOYA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO	1.020.451.893	FECHA EXPEDICION	23 /02/2011	
DIRECCION:	diagonal 59 # 32 -02 , Niquía, municipio de Bello-Antioquia		CIUDAD:	Bello Antioquia	DEPARTAMENTO:	Antioquia
TELEFONOS:	3162469568- 3195649460		FAX:		CELULAR:	3162469568

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	329819960	CORRIENTE	<input type="checkbox"/>	AHORROS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO	0052
BANCO	Banco AV Villas	SUCURSAL	Medellin	CIUDAD	Medellin		

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS				
--	--	--	--	--

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
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: abogada.kellyvalencia@gmail.com

En constancia se firma en: Medellin a los (03) del mes de Abril de 2024.

Kelly Valencia Osorio Firma del Representante Legal y Sello	Astrid Juliana Rodriguez Firma y Cédula Persona Natural
--	--

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA