



equidad
seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☒ INTERMEDIARIA ☐ OTRO ☐ 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: Imma María PRIMER APELLIDO: Montoya SEGUNDO APELLIDO: Monsalve

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC NÚMERO: 43687527 FECHA EXPEDICIÓN: 02/14/1995 CIUDAD EXPEDICIÓN: Caldas

DIRECCIÓN: Diagonal 75 B #1-175 Casa 153 CIUDAD: Medellín DEPARTAMENTO: Antioquia

TELÉFONOS: 314-866 6075 FAX: _____ CELULAR: 314-866 6075

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: 0550038500151766 CORRIENTE ☐ AHORROS ☒ CÓDIGO DEL BANCO: _____

BANCO: Davivienda SUCURSAL: Caldas CIUDAD: Caldas

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS: NOMBRE(s) _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NÚMERO _____ TIPO _____ FECHA EXPEDICIÓN _____ CIUDAD EXPEDICIÓN _____

CARGO EN LA EMPRESA: ÁREA _____ CARGO _____

TELÉFONOS Y FAX: PBX _____ EXTENSION _____ FAX _____

NOMBRES Y APELLIDOS: NOMBRE(s) _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NÚMERO _____ TIPO _____ FECHA EXPEDICIÓN _____ CIUDAD EXPEDICIÓN _____

CARGO EN LA EMPRESA: ÁREA _____ CARGO _____

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: Medellín a los (17) del mes de mayo de 2024

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

Supervisión Financiera
de Colombia

VIGILADO



SI YO CAMBIO
CAMBIA EL MUNDO

La Equidad Seguros O.C.
comprometida con el medio ambiente

Dirección: Cra 9a N°99-07

Tel: 592 2929

www.laequidadseguros.coop

N° SINIESTRO

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

AGENCIA	DD	MM	AAAA
---------	----	----	------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO Montoya	SEGUNDO APELLIDO monsalve	PRIMER NOMBRE Lina	SEGUNDO NOMBRE maría
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OTI ☐	NÚMERO: 43687527	LUGAR DE EXPEDICIÓN: caldas	FECHA DE EXPEDICIÓN: 06/14/1995 SEXO ☒ F ☐ M
FECHA DE NACIMIENTO: 12/22/1977	NACIONALIDAD: colombiana	OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Economista	
ESTADO CIVIL: CASADO ☒ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS:	ESTRATO:	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☒	ACTIVIDAD ECONÓMICA: Contratista		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:		CARGO:	
CIUDAD:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Dragonal 75 B # 1-175 Casa 153 - Kalamayá		CIUDAD DE RESIDENCIA: medellín	
TELÉFONO:	CELULAR:	EMAIL:	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☒ SI ☐ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? ☒ 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	\$ 14'000.000	ACTIVOS	\$ 140.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 8'500.000	PASIVOS	\$ —
OTROS INGRESOS	\$ —	CONCEPTO OTROS INGRESOS	—

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declare 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.

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

Lina maria montoya
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. **43'687527**



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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
REGISTRO DE CIUDADANÍA

NÚMERO 43 687.527

MONTOYA MONSALVE

REPÚBLICA DE
COLOMBIA
LINA MARIA

NOMBRES

Lina Monsalve Montoya

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CALDAS
(ANTIOQUIA)

22-DIC-1976

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

A+

F

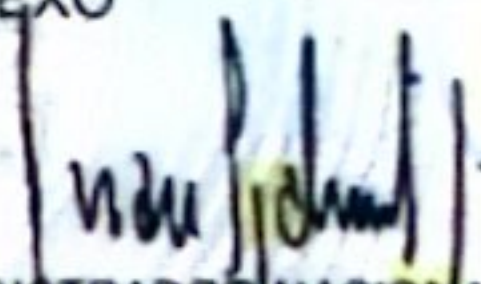
ESTATURA

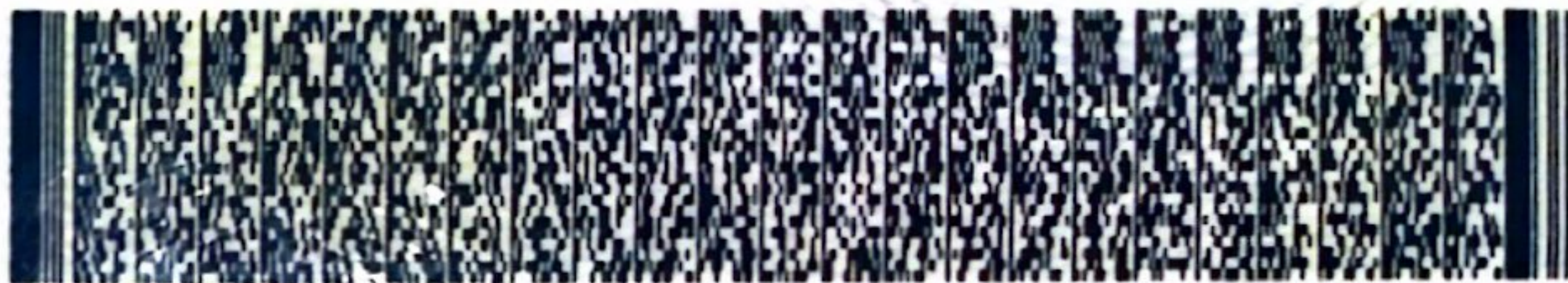
G.S. RH

SEXO

14-JUN-1995 CALDAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-8836040-00372223-F-0043687527-20161216

0052688081A 2

47134969