

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

N° SINIESTRO

10289853

AGENCIA

DD

08

MM

01

AAAA

2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Martínez	Put	Fabian	Andrés
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OT. ☐	NÚMERO 1-061-726-573	LUGAR DE EXPEDICIÓN: Popayán	FECHA DE EXPEDICIÓN: 26/03/2008 SEXO F ☐ M ☒
FECHA DE NACIMIENTO: 19/03/1990	NACIONALIDAD: Colombiano	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN: Abogado	
ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS: 0	ESTRATO: 4	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☒	ACTIVIDAD ECONÓMICA: Abogado		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A	CARGO: N/A		
Ciudad: Popayán	DIRECCIÓN: N/A	TELEFONO: N/A	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 10 #13-17 la Americas	Ciudad de Residencia: Popayán	EMAIL: fabian.1903@hotmail.com	
TELEFONO: N/A	CELULAR: 3168242562		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ 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
PAG. WEB	TELEFONO:
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	FAX:
Ciudad	TELEFONO:
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 MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXORSE LA RELACION)

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	\$ 12.000.000	ACTIVOS	\$ 800.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 8.000.000	PASIVOS	\$ 200.000.000
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDENIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

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): Proviene de actividad como abogado litigante
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no 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 cruzar y aceptar en todos sus partes.
- 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

FIRMA COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1-061-726-573 Por

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:	