

N° SINIESTRO

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

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	11	02	2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Villada SEGUNDO APELLIDO: Valencia PRIMER NOMBRE: Maria SEGUNDO NOMBRE: Luci

C.C. C.E. T.L. R. OTR. NÚMERO: 39.408.837 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Apartado FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/1988 SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: 14/08/1969 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Comerciante

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: Comerciante

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: CARGO:

CUIDAD: Medellín DIRECCIÓN: TELEFONO: FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 51C # 82-70 CUIDAD DE RESIDENCIA: Medellín

TELÉFONO: CELULAR: 3046173518 EMAIL:

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? 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 JURIDICA

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 TELEFONO:

PAG. WEB FAX:

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:

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES: \$ 1.400.000 ACTIVOS: \$ 200.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 1.300.000 PASIVOS: \$ - 0 -

OTROS INGRESOS: \$ - 0 - 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
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<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 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 todas sus partes.
- Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán 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 CARNE DIPLOMÁTICA).


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.

Mariceluci Villada U.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.


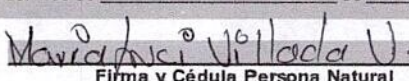


HUELLA

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:

 AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA			
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/> INTERMEDIAF: <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 <i>Maria Luci</i>		PRIMER APELLIDO <i>Villada</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Valencia</i>
TIPO DE IDENTIFICACION <i>C.C</i>	NÚMERO <i>39.408.837</i>	FECHA EXPEDICION <i>27/10/1988</i>	CIUDAD EXPEDICION <i>Apartado</i>
DIRECCION: <i>Cra 51c #86-70</i>		CIUDAD: <i>Medellin</i>	DEPARTAMENTO: <i>Antioquia</i>
TELEFONOS:		FAX:	CELULAR: <i>3046173518</i>
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 <i>645-336847-24</i>		CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>
BANCO <i>Bancolombia</i>		SUCURSAL <i>Parque Berrio</i>	CIUDAD <i>Medellin</i>
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	
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	
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: _____ a los () del mes de _____ de _____.			
Firma del Representante Legal y Sello		 Firma y Cédula Persona Natural	

Certificación Bancaria

Viernes, 24 de enero de 2025

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **MARIA LUCI VILLADA VALENCIA** identificado(a) con CC. **39408837** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	645-336847-24	2014/11/11	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Entidad Financiera Bancaria

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Lider Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.408.837**

VILLADA VALENCIA

APELLIDOS

MARIA LUCI

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1969**

APARTADO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

27-OCT-1988 APARTADO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0103500-00129310-F-0039408837-20081118

0006278713A 1

2400003788

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL