

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

N° SINIESTRO

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Usuga	SEGUNDO APELLIDO: Correa	PRIMER NOMBRE: Cristhian	SEGUNDO NOMBRE: Samilo
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.I. <input type="checkbox"/> O.T. <input type="checkbox"/>	NÚMERO: 7296724734	LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellin	FECHA DE EXPEDICIÓN: 29/07/2016 SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
FECHA DE NACIMIENTO: 75/07/1997	NACIONALIDAD: Colombiano	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN: Independiente	
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> N° DE HIJOS: 0	ESTRATO: 3		
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA: Vendedor		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:		CARGO:	
Ciudad:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 826# 98D20		CUIDAD DE RESIDENCIA: Medellin	
TELÉFONO:	CELULAR: 3076685557	EMAIL: CristhianCorrea@gmail.com	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <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	
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. <input type="checkbox"/> C.F. <input type="checkbox"/> NÚMERO:	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:		
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN:	CUIDAD:	TELÉFONO:	
PAG. WEB:		FAX:	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN:	CUIDAD:	TELÉFONO:	
		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:			

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

INGRESOS MENSUALES	\$ 7.200.000	ACTIVOS	\$ 10.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 1.300.000	PASIVOS	\$ 4.000.000
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	0

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:

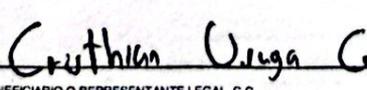
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): **Independiente vendedor**
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de 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 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

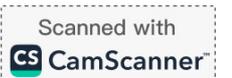
FRIMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.


 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"/>	INTERMEDIA <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"/>	<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: Cristhian Camilo	PRIMER APELLIDO: Usuga	SEGUNDO APELLIDO: Correa	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C	NÚMERO: 1.216724754	FECHA EXPEDICION: 27/07/2025	CIUDAD EXPEDICION: Medellin
DIRECCION: Carrera 82 G #98 D 20	CIUDAD: Medellin	DEPARTAMENTO: Antioquia	
TELEFONOS: _____	FAX: _____	CELULAR: 3076685557	

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: 9120327291	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>
BANCO: Banacolombia	SUCURSAL: _____	CÓDIGO DEL BANCO: _____
		CIUDAD: Medellin

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD 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	CIUDAD 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: Cristhian4.correa@gmail.com

En constancia se firma en: Medellin a los 13 del mes de enero de 2025

Firma del Representante Legal y Sello

Cristhian Usuga G
Firma y Cédula Persona Natural
1216724754

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA