

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

C.C. C.E. T.I. R. OTR. NÚMERO: _____ LUGAR DE EXPEDICIÓN: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____ SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ OCUPACIÓN / PROFESIÓN: _____

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

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ CARGO: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ CIUDAD DE RESIDENCIA: _____

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

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: Servicio de Transporte de Pasajeros Freddy Delgado SAS NIT: 805.013.141-7

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: Delgado SEGUNDO APELLIDO: Zambrano PRIMER NOMBRE: Fredy SEGUNDO NOMBRE: _____

C.C. C.E. NÚMERO: 16.661.871 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: Cali, 09 Diciembre 1979

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: Calle 35 4 - 28 CIUDAD: Cali TELÉFONO: 6025244282

PAG. WEB: www.transportesfd.com 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
Fredy Delgado Zambrano	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	16.661.871	20%
Deysi Viviana Ososrio	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	38.556.481	40%
Samuel Delgado Osoario	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	1.110.298.159	20%
Sofia Delgado Gallego	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	1.193.412.687	20%
	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: \$ 1.335.391.000 ACTIVOS: \$ 11.537.845.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 1.192.432.000 PASIVOS: \$ 5.139.916.000

OTROS INGRESOS: \$ 36.593.000 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): Servicio de Transporte de Pasajeros
- 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 CARNE DIPLOMÁTICO). EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMO 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. _____

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

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE Servicio de Transporte de Pasajeros Freddy Delgado SAS	NT 805.013.141-7	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION: Calle 35 4 - 28	CIUDAD: Cali	DEPARTAMENTO: Valle
TELEFONOS: 6025244282	FAX:	CELULAR: 3174051730

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Fredy	PRIMER APELLIDO Delgado	SEGUNDO APELLIDO Zambrano
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC	NÚMERO 16.661.871	FECHA EXPEDICION 09/12/1979
CIUDAD EXPEDICION Cali		
DIRECCION: Calle 35 4 - 28	CIUDAD: Cali	DEPARTAMENTO: Valle
TELEFONOS: 6025244282	FAX:	CELULAR: 3155512914

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 514-614355-97	CORRIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	AHORROS <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO Bancolombia	SUCURSAL CC Unico	CIUDAD Cali	

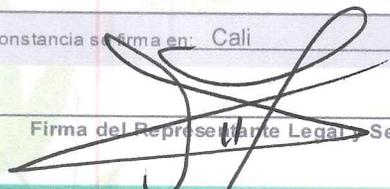
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s) Flor	PRIMER APELLIDO Soto	SEGUNDO APELLIDO Fernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO 31.977.394	TIPO CC	FECHA EXPEDICION 31/10/1986
CIUDAD EXPEDICION Cali			
CARGO EN LA EMPRESA	AREA Administrativa	CARGO Directora Oficina	
TELEFONOS Y FAX	PBX 6025244282	EXTENSION 103	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: info@transportesfd.com

En constancia se firma en: Cali a los (22) del mes de Julio de 2025

 Firma del Representante Legal	 Sello	Firma y Cédula Persona Natural
--	--	--------------------------------

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA