equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☐ INTERMEDIAR ☐ OT ☒ CUAL: Abogada

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS ☐ INDEMNIZACIÓN ☒ PRESTACIÓN DE SERVIC ☐ ☐: CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Sandra Giovanna		PRIMER APELLIDO Camacho	SEGUNDO APELLIDO Franco
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C.	NÚMERO 1.017.204.932	FECHA EXPEDICION 03 10 - 2010	CIUDAD EXPEDICION Medellin
DIRECCION: Carrera 49 50 - 21 Edificio del cafe OF 603		CIUDAD: Medellin	DEPARTAMENTO: Antioquia
TELEFONOS: 3045319882		FAX:	CELULAR: 3045319882

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 61773616816	CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO Bancolombia	SUCURSAL Medellin	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: giovannacamachoabogada@gmail.com

En constancia se firma en: Medellin a los (29) del mes de Mayo de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

N° SINIESTRO _____

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	29	05	2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Camacho	Franco	Sandra	Giovanna

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R [ ] OTR [ ] NÚMERO: 1017209432 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellín FECHA DE EXPEDICIÓN: 03-10-2010 SEXO F [X] M [ ]

FECHA DE NACIMIENTO: 16-12-1997 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACION / PROFESION: Abogada

ESTADO CIVIL: CASADO [ ] SOLTERO [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 4

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] AMA DE CASA [ ] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [X] ACTIVIDAD ECONÓMICA: Abogado

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Camacho y Asociados Abogados Especialistas CARGO: Asociada

CIUDAD: Medellín DIRECCION: Carrera 40 50-21 oficina 603 TELEFONO: 3045319882 FAX:

DIRECCION DE RESIDENCIA: Carrera 22A 40-59 CIUDAD DE RESIDENCIA: Medellín

TELEFONO: CELULAR: 3045319882 EMAIL: giovannacamachoabogada@gmai.co

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI [ ] NO [X] POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI [ ] NO [X]

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI [ ] NO [X]

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON 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: DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO:
PAG. WEB		FAX:
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO: / FAX:

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] CIVIL [ ] OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

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

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	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 benficiario)

INGRESOS MENSUALES	$ 20.000.000	ACTIVOS	$ 200.000.000
EGRESOS MENSUALES	$ 10.000.000	PASIVOS	$ 100.000.000
OTROS INGRESOS	$ 5.000.000	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				[ ]	[ ]
				[ ]	[ ]

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

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Abogado
2. 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.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. 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.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran 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 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, ENTIENDO 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 CONFIRMACION DE DATOS.	OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIMACIÓN DE DATOS.
NOMBRE: CÉDULA:	