



equidad
seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIAR OT CUAL: --
 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO CUAL: --

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: Vilma Delgado Penagos NIT: 63334103 ACTIVIDAD ICA:
 DIRECCIÓN: Calle 200 N° 17-36 Casa #47 Portal Siglo XXI CIUDAD: Florida Blanca DEPARTAMENTO: Santander
 TELEFONOS: 3165300635 - 3164515267 FAX: -- CELULAR: 3165300635

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Vilma PRIMER APELLIDO: Delgado SEGUNDO APELLIDO: Penagos
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO: 63334103 FECHA EXPEDICIÓN: 30 sept /85 CIUDAD EXPEDICIÓN: Bucaramanga
 DIRECCIÓN: Calle 200 N° 17-36 Casa #47 Portal Siglo XXI CIUDAD: Florida Blanca DEPARTAMENTO: Santander
 TELEFONOS: 3165300635 - 3164515267 FAX: -- CELULAR: 3165300635

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: 00130396000200004271 CORRIENTE AHORROS CÓDIGO DEL BANCO:
 BANCO: BBVA Colombia SUCURSAL: Canaveral CIUDAD: Florida Blanca

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: videlpe08@hotmail.com

En constancia se firma en: Florida Blanca a los (12) del mes de Agosto de 2025

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO



SI YO CAMBIO CAMBIA EL MUNDO

La Equidad Seguros O.C. compromiso y ética en el negocio

Dirección: Cra 9a N°99-07

Tel: 592 2929

www.laequidadseguros.coop

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

N° SINIESTRO

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Delgado SEGUNDO APELLIDO: Penagos PRIMER NOMBRE: Nilma SEGUNDO NOMBRE: -

C.C. CE T.I. R OTH NÚMERO: 63334103 LUGAR DE EXPEDICIÓN: B/mango FECHA DE EXPEDICIÓN: 30-09-86 SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: Diciembre 8/66 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN/PROFESIÓN: Pensionada

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 3

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: - CARGO: -

CIUDAD: - DIRECCIÓN: - TELÉFONO: - FAX: -

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 200 N° 17-36 Casa N° 47 Portal Siglo XXI Barrio Aranzoque CIUDAD DE RESIDENCIA: Floridablanca

TELÉFONO: 3165300635 CELULAR: 3164515267 EMAIL: videlpe08@hotmail.com

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: - NIT: -

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: - SEGUNDO APELLIDO: - PRIMER NOMBRE: - SEGUNDO NOMBRE: -

C.C. CE NÚMERO: - LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: -

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: - CIUDAD: - TELÉFONO: -

PAG WEB: - FAX: -

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: - CIUDAD: - TELÉFONO: -

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.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: \$ 8'000.000 = ACTIVOS: \$ 50'000.000 =

EGRESOS MENSUALES: \$ 4'500.000 = PASIVOS: \$ -

OTROS INGRESOS: \$ - 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
<u>2024</u>	<u>-</u>	<u>Cooproced</u>	<u>\$ 25'000.000 =</u>	<input checked="" 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): De mi pensión
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo 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: 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).

PERSONA JURÍDICA: 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.

Nilma Delgado Leuago

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 63334103 *



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: -