

## CONTRATO DE TRANSACCIÓN

SINIESTRO: 10304865- Caso 208687  
PÓLIZA: AA056481  
TOMADOR: VIELA ISABEL OSPINA DE DURAN  
ASEGURADO: VIELA ISABEL OSPINA DE DURAN



Entre los suscritos:

1. **CRISTIAN BENEDETTY OSPINA**, identificado con la cédula No. 1.056.774.929 expedida en Puerto Boyacá, con Tarjeta Profesional No. 264331 del C. S. de la J., actuando en calidad de representante de:
  - **ANDRES FELIPE BEDOYA DAVID** identificado con la cédula No. 1.017.265.147 de Medellín. En adelante se denominará **EL RECLAMANTE**.
2. **CAMILO ANDRÉS MORENO SALAMANCA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.128.266.086, actuando en calidad de apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, NIT. 860.028.415-5 sociedad debidamente constituida, según consta en el poder otorgado mediante escritura pública número 1020 del 15 de octubre de 2020 de la Notaría 10 del Circuito de Bogotá, Aseguradora de los riesgos de responsabilidad civil del vehículo de placa CGO472 para la fecha 26 de enero de 2023.

En adelante se denominará **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**

Hemos convenido celebrar el presente contrato de transacción, normado por Libro Cuarto, Título XXXIX art. 2469 y siguientes del Código Civil, y en el artículo 312 del Código General del Proceso, para que tenga efectos de cosa juzgada, sin que esto sea considerado por alguna de las partes como aceptación de responsabilidad penal o civil y se rija por las cláusulas que a continuación se estipulan:

**PRIMERA: OBJETO DEL ACUERDO.** Las partes aceptan de común acuerdo suscribir contrato de transacción referente a la indemnización por daños y perjuicios pasados, presentes y futuros, directos, indirectos, de orden patrimonial

y extrapatrimonial, con ocasión del accidente de tránsito presentado el 26 de enero de 2023 en el que se vio involucrado el vehículo asegurado de placa CGO472, evento en el cual sufrió lesiones el señor ANDRES FELIPE BEDOYA DAVID quedando contemplados la totalidad de los perjuicios a título hereditario y personal, patrimoniales y extrapatrimoniales, ciertos y eventuales, presentes y futuros, que haya sufrido o sufra EL RECLAMANTE.

**SEGUNDA: VALOR INDEMNIZACIÓN.** EL RECLAMANTE acepta indemnización total y conjunta por los perjuicios sufridos, lo cual incluye los perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales, presentes, futuros, directos e indirectos y en general cualquier tipo de perjuicio derivado del accidente presentado el día 26 de enero de 2023, como suma única, total y definitiva, la cantidad de: **QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE COLOMBIANA (\$15'000.000)**. La suma descrita será cancelada dentro del mes siguiente a la radicación ante LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. del presente contrato y de los demás documentos exigidos.

**TERCERA. FORMA DE PAGO.** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. se compromete a pagar la totalidad de la suma acordada por valor de: **QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE COLOMBIANA (\$ 15'000.000)**, así: la suma de **DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$10'500.000)**, esto es el 70% vía transferencia bancaria a la cuenta de ahorros No. 00838501869 del banco BANCOLOMBIA a nombre del reclamante ANDRES FELIPE BEDOYA DAVID.

La suma de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4'500.000)** correspondientes al 30% vía transferencia bancaria a la cuenta de ahorros No. 0550036700668720 a nombre del abogado CRISTIAN BENEDETTY OSPINA.

Lo anterior es plenamente autorizado por EL RECLAMANTE, quien, mediante la firma del presente contrato, otorgan la facultad expresa de recibir dinero por concepto de indemnización.

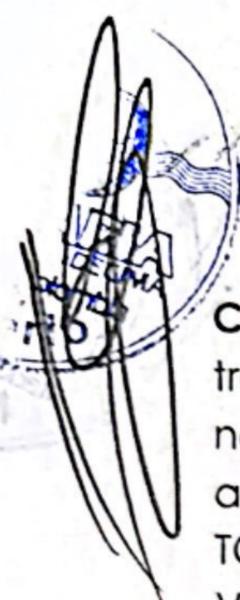
El pago queda sujeto a la radicación en original del presente contrato de transacción, debidamente firmado y con presentación personal de las firmas, junto con los siguientes documentos:

- Formulario de Conocimiento al Beneficiario diligenciado por el beneficiario de pago de forma completa, clara y legible, en cumplimiento a lo dispuesto en el Título I capítulo XI de la Circular Básica Jurídica 007 de 1996 (CE 026/2008). Anexo

- Formato de desistimiento del proceso penal el cual debe ser radicado también en fiscalía o Juzgado Penal (aportar prueba de radicado).

Anexo

- Copia del documento de identificación de los beneficiarios de pago.
- Certificación de cuenta bancaria activa a nombre de los beneficiarios de pago.
- RUT del beneficiario del pago (solo si aplica).



**CUARTA:** EL RECLAMANTE garantiza que, en virtud de este contrato, en transacción, se abstendrán de adelantar a través de apoderado judicial o en nombre propio, cualquier tipo de requerimiento, medida o acción civil, penal o administrativa, presente, futura y/o adicional, en contra de OSCAR ESTIVEN TORRES GARCÍA, en calidad de conductor del vehículo de placas CGO472 de VIELA ISABEL OSPINA DE DURAN en calidad de asegurada y propietaria del vehículo de placas CGO472 y de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., como compañía aseguradora. Y a toda persona natural o jurídica que resultare directa o indirectamente involucrada en la presente reclamación o en los hechos que le dieron origen por estos mismos hechos. Con la realización de este pago, la compañía aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. indemniza a título de reparación integral todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados AL RECLAMANTE con ocasión al accidente de tránsito presentado el día 26 de enero de 2023.

En caso de que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** no de cumplimiento a lo establecido por las partes dentro del presente documento, **EL RECLAMANTE** quedan en libertad de continuar con la ejecución de la acción pertinente, haciendo exigible el pago de la indemnización y demás acreencias que se causen con la presente acción.

Esta transacción produce desde ya efecto de cosa juzgada y en el evento en que **EL RECLAMANTE**, una vez se haya hecho efectivo el pago proceda judicial y/o extrajudicialmente a reclamar los perjuicios transados, en contra de los aquí intervinientes, pagará a título de cláusula penal, el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados al conductor, al asegurado y propietario y a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**QUINTA:** Las partes acuerdan que, con el pago de la suma señalada en el presente contrato, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., cubre en su

totalidad los valores adeudados por todo concepto y en consecuencia EL RECLAMANTE declara a PAZ Y SALVO a OSCAR ESTIVEN TORRES GARCÍA, en calidad de conductor del vehículo de placas CGO472, a VIELA ISABEL OSPINA DE DURAN en calidad de asegurada y propietaria del vehículo de placas CGO472 y a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., como compañía aseguradora y a toda persona natural o jurídica que resultare directa o indirectamente involucrada en la presente reclamación o en los hechos que le dieron origen, renunciando expresamente a ejercer cualquier acción y reclamación judicial o extrajudicial en su contra por hechos sufragados con el pago mencionado en este contrato de transacción.

**SEXTA: INDEMNIDAD.** Que EL RECLAMANTE, quien obra en nombre propio declara bajo la gravedad de juramento ser titular único y mejor beneficiario de la indemnización por los hechos presentados el día 26 de enero de 2023 y en consecuencia, se hace responsable por las futuras reclamaciones, que se presenten por los mismos hechos en contra de OSCAR ESTIVEN TORRES GARCÍA en calidad de conductor del vehículo de placas CGO472, de VIELA ISABEL OSPINA DE DURAN en calidad de asegurada y propietaria del vehículo de placas CGO472 y de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., como compañía aseguradora y responderá directamente hasta la suma aquí pactada y ante cualquier reclamación que se presente en tal sentido y en caso contrario saldrá al saneamiento, conforme a lo establece la ley.

**SÉPTIMA.** Las partes reconocen que esta Transacción constituye el único, total y definitivo acuerdo celebrado entre las mismas a fin de conciliar las diferencias que han dado lugar a los procesos citados en los hechos, y reconociendo que el presente acuerdo fue celebrado de manera plenamente libre y consciente por todas ellas, se comprometen a no adelantar posteriormente ninguna acción sobre las estipulaciones contenidas en el presente acuerdo. Igualmente reconocen que de conformidad con lo estipulado en el Art. 2483 del Código Civil, la presente transacción extrajudicial tiene valor de cosa juzgada.

**OCTAVA. DESISTIMIENTO.** EL RECLAMANTE INDEMNIZADO, previamente al pago de la indemnización, suscribirá documento por medio del cual se compromete a Desistir del proceso penal, con radicado No.050016099166202313274 e igualmente desiste de iniciar cualquier acción civil, penal, judicial y/o administrativa, presente, futura y/o adicional, en contra de OSCAR ESTIVEN

TORRES GARCÍA, en calidad de conductor del vehículo de placas CGO472086  
VIELA ISABEL OSPINA DE DURAN en calidad de asegurada y propietaria del  
vehículo de placas CGO472 y de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.



**NOVENA.** Las partes expresan su voluntad de que la transacción surta efectos de una sentencia ejecutoriada en última instancia y de que las renunciaciones contenidas en este contrato surtan plenos efectos y tengan plena validez y fuerza legal, sea cual fuere la jurisdicción en que sean invocadas, alegadas o defendidas. En consecuencia, en el evento de incumplimiento de alguna de las partes de los términos aquí convenidos, la parte cumplida tan solo tendrá derecho a reclamar las obligaciones contenidas en este contrato, junto con la indemnización de perjuicios correspondientes, pero no la resolución del contrato.

Este acuerdo no constituye admisión de los asuntos afirmados por EL RECLAMANTE o de responsabilidad, culpa o dolo en absoluto por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., del asegurado y propietario, y del conductor del vehículo. Nada en este acuerdo o cualquier otro documento relacionado será interpretado o admisible en cualquier proceso como prueba de responsabilidad culpa o dolo en absoluto por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., del asegurado, tomador y propietario, y del conductor del vehículo.

Las partes acuerdan no ceder a ningún título los derechos, créditos, acciones judiciales o derechos de litigio, que provengan de los asuntos o hechos materia de esta transacción.

En el evento en que cualquier cláusula del presente contrato sean ineficaces, nulas o inoponibles, este solo hecho no afectará la eficacia, validez u oponibilidad del acuerdo en contra de las partes o de terceros, salvo que sin la cláusula correspondiente se entendiera que las partes no hubieran celebrado el presente contrato de transacción.

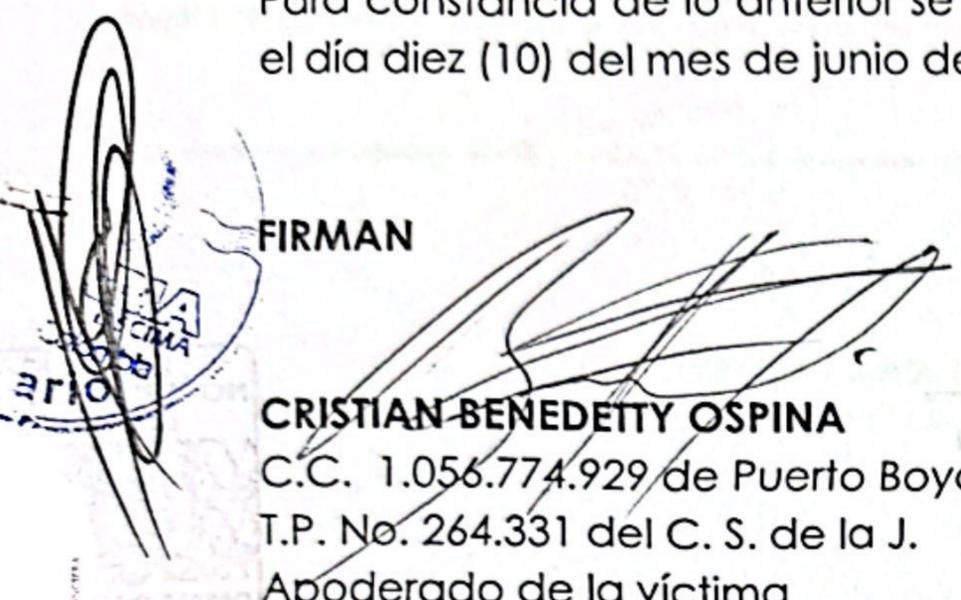
**DÉCIMA:** Este contrato de Transacción ha sido celebrado por las partes en forma libre, voluntaria y con la clara intención de acogerse a las consecuencias legales reguladas por el Libro Cuarto, Título XXXIX art. 2469 y siguientes del Código Civil, y del artículo 312 del Código General del Proceso. De la misma manera de acuerdo con el artículo 2483 del Código Civil y artículo 422 del

Código General del Proceso, presta mérito ejecutivo y hace tránsito a cosa juzgada.

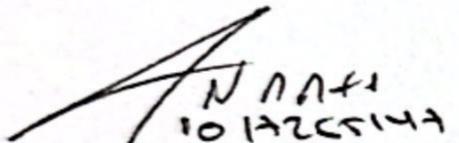
**UNDÉCIMA:** Para todos los efectos se establece la ciudad de Bogotá como el domicilio contractual para las partes.

Para constancia de lo anterior se suscribe en dos ejemplares del mismo tenor, el día diez (10) del mes de junio de 2025.

FIRMAN



**CRISTIAN BENEDETTY OSPINA**  
C.C. 1.056.774.929 de Puerto Boyacá (Ant)  
T.P. No. 264.331 del C. S. de la J.  
Apoderado de la víctima



**ANDRÉS FELIPE BEDOYA DAVID**  
C.C 1.017.265.147 de Medellín (Ant)  
Victima



**CAMILO ANDRÉS MORENO SALAMANCA**  
C.C. 93.299.776 Líbano/Tolima  
Apoderado General de la Equidad Seguros O.C  
Elaboró MARIA ELENA SUESCUN – RC ABOGADOS SAS

Cotejo realizado a solicitud  
expresada del suscrito

**Notaría Décima**  
MEDELLÍN-ANTIOQUIA

**RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y FIRMA**  
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012

Ante el suscrito Notario compareció  
**BEDOYA DAVID ANDRES FELIPE**  
identificado con la C.C. 1017265147

y manifestó que el contenido del documento que antecede es verdad que la firmó y es el autor de la misma. El compareciente autorizó al notario a suscribir sus nombres y sus huellas digitales en el documento cotejando sus huellas digitales con las que se encuentran contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notaria10.com](http://www.notaria10.com) para verificar este documento.

Medellin-Antioquia-2025-06-10 14:35:17  
CONTRATO DE TRANSACCION

X   
FIRMA

  
Cod Verificación  
vejc1





**ELIFONSO CARDONA SANTANA**  
NOTARIO 18 DEL CIRCULO DE MEDELLIN



REPÚBLICA DE  
NOTARÍA DIECINUE  
DE MEDELLÍN -  
  
DIANA CAROLINA M...  
Notaria Enc...

# Notaría 19 MEDELLÍN



5310

## DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL Verificación Biométrica Decreto-Ley 19 de 2012

Medellín, 2025-06-11 13:44:50



vfdxd



El anterior escrito dirigido a: Fue presentado personalmente ante el suscrito Notario 19 del Círculo de Medellín por: BENEDETTY OSPINA CRISTIAN C.C. 1056774929

En todo lo cual doy fe. Y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.

X

*[Handwritten signature]*  
FIRMA

*[Handwritten signature]*

DIANA CAROLINA MONSALVE GUARÍN  
NOTARIA 19 (E) DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN



...BIA  
CULO

FISCALÍA 86 LOCAL DE MEDELLIN  
E. S. D.

REFERENCIA: LESIONES PERSONALES CULPOSAS - EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO  
INVESTIGACIÓN No. 050016099166202313274.



**ANDRES FELIPE BEDOYA DAVID** identificado como aparece al pie de su firma, obrando en nombre propio en calidad de víctima dentro del proceso indicado en la referencia, por medio del presente escrito manifiesto que desisto por indemnización integral correspondiente a toda clase de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, sufridos como consecuencia del accidente ocurrido el día 26 de enero de 2023, en el que se vio involucrado el vehículo de placa CGO472 conducido por OSCAR ESTIVEN TORRES GARCÍA.

También renuncio a la intervención de peritos para que evalúen los perjuicios, por estar conforme con la liquidación del perjuicio, la cual acepto, por haberme sido cancelada la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS MCTE, (\$15.000.000), así mismo desisto de toda acción civil o penal presente o futura que sé esté tramitando o se llegara a tramitar como consecuencia del accidente contra LA EQUIDAD SEGUROS O.C., y del conductor y propietario del vehículo de placas CGO472, por encontrarse a PAZ y SALVO las personas antes mencionadas.

Al haber sido indemnizados por parte de los directos responsables de los perjuicios materiales e inmateriales, estoy ejerciendo el derecho que me otorga la norma y manifiesto bajo la gravedad del juramento que no deben reclamar otras personas naturales o jurídicas que pretendan ejercer el derecho de acuerdo con el grado de consanguinidad y afinidad.

Le informo al despacho que este desistimiento lo hago libre y espontáneo, sin ninguna presión y por consiguiente ruego aceptarlo y darle trámite al archivo de las diligencias, resaltando que solicito se levante el pendiente al vehículo de placa CGO472 en caso de tenerlo.

Cordialmente,

Una aseguradora cooperativa con sentido social

N N A F J  
1011265147  
ANDRES FELIPE BEDOYA DAVID  
C.C 1.017.265.147 de Medellin (Ant)  
Victima



Se firma a los 10 días del mes de junio de 2025.

**Notaria Décima MEDELLIN-ANTIOQUIA**

**RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y FIRMA**  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Ante el suscrito Notario compareció  
**BEDOYA DAVID ANDRES FELIPE**  
identificado con la C.C. 1017265147

Y manifestó que el contenido del documento que  
antecedente es cierto y que la firma es de su  
propia. El compareciente además le entregó para  
sus debidos fines los datos de identificación  
colegial en sus huellas digitales. En virtud  
contra la base de datos de la Registraduría Nacional  
del Estado Civil. Ingrese a [www.registraduria.gov.co](http://www.registraduria.gov.co)  
para verificar este documento.

Medellin-Antioquia: 2025-06-10 14:35:38  
RESISTIMIENTO

**FIRMA**

**ELIFONSO CARBONA SANTANA**  
NOTARIO 10 DEL CÍRCULO DE MEDELLIN

Cotejo realizado a solicitud  
exp. del notario

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

N° SINIESTRO

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

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO <b>Rueda</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>Osorio</b>	PRIMER NOMBRE <b>Christian</b>	SEGUNDO NOMBRE
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NUMERO <b>105674919</b>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>pto Boyaca</b>	FECHA DE EXPEDICIÓN <b>24/07/2008</b> SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO <b>04/06/1984</b>	NACIONALIDAD <b>Colombiano</b>	OCCUPACION / PROFESION <b>Abogado</b>	ESTRATO <b>3</b>
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS:		
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 ECONOMICA		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA <b>MH Abogado</b>	CARGO <b>Abogado</b>		
CIUDAD <b>Medellin</b>	DIRECCION <b>N/S</b>	TELEFONO <b>N/S</b>	FAX
DIRECCION DE RESIDENCIA <b>cl 2 # 29-35</b>	CIUDAD DE RESIDENCIA	TELEFONO <b>No tiene</b>	CELULAR <b>3008429581</b>
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? <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**

RAZON O DENOMINACION SOCIAL	NIT		
REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO:	FAX:
PAG WEB			
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO:	FAX:
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA: 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 <input type="checkbox"/>
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL. APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES	<b>\$ 5.000.000</b>	ACTIVOS	<b>\$ 20.000.000</b>
EGRESOS MENSUALES	<b>\$ 3.000.000</b>	PASIVOS	<b>\$ 10.000.000</b>
OTROS INGRESOS	<b>\$</b>	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	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<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 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 AJUNTAR 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 AJUNTAR 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**

FIRMA 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. **105674919**

HUELLA

**8. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA CON BASE EN LOS DATOS	OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS.
NOMBRE:	CÉDULA:

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

N° SINIESTRO \_\_\_\_\_

AGENCIA	DD	MM	AAAA

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO: Bedoya SEGUNDO APELLIDO: David PRIMER NOMBRE: Andrés SEGUNDO NOMBRE: Felipe

C.C.  C.E.  T.I.  R.  OT.  NÚMERO: 1017265147 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellin FECHA DE EXPEDICIÓN: 13/12/2016 SEXO F  M

FECHA DE NACIMIENTO: 04/12/1948 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Comerciante

ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTERO  SEPARADO  VIUDO  N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 2

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: Medellin DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cl 17c # 46 b-86 CIUDAD DE RESIDENCIA: Medellin

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: 3197918823 EMAIL: Momela.gilera@gmail.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.  C.E.  NÚMERO \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN \_\_\_\_\_

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PAG. WEB \_\_\_\_\_ 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
	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: \$ 3000000 ACTIVOS: \$ 10.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 2000000 PASIVOS: \$ 5.000.000

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
				<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): Comerciante
- 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 obliga 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 (CEDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CEDULA 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**

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

WARRJ  
1017265147

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: _____	

 <h2 style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA</h2>	
---	--

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR  BENEFICIARIO  INTERMEDIARIA  OT  CUAL: \_\_\_\_\_

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA  INDEMNIZACIÓN  PRESTACIÓN DE SERVICIO  CUAL: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL**

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	FECHA EXPEDICION
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

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	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD

**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: rcbenedetty@gmail.com

En constancia se firma en: Medellin a los ( 11 ) del mes de junio de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello Firma y Cédula Persona Natural

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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

### INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	FECHA EXPEDICION
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

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	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD

### 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	CIUDAD EXPEDICION
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: Medellin a los (10) del mes de Junio de 2015.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural