

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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	09	07	2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

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

C.C. C.E. T.I. R. O.T.I. 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: _____ TELEFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ CIUDAD DE RESIDENCIA: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO POR SU 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: **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** NIT: **800.110.181-9**

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO **POLANIA** SEGUNDO APELLIDO **CUBILLOS** PRIMER NOMBRE **MARTHA** SEGUNDO NOMBRE **LUCIA**

C.C. C.E. NÚMERO: **55.151.445** LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: **NEIVA, 04/09/1986**

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: **CALLE 18 # 6 - 65** CIUDAD: **NEIVA - HUILA** TELÉFONO: _____

PAG. WEB: _____ FAX: **3103159584**

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA CIVIL OTRA: **SALUD**

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
HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	19.226.380	16.666
FRANCISCO HERNANDO GARCIA RAMIREZ	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	4.951.502	33.33
VERONICA TEODOLINDA GONZALEZ ZABALA	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	51.633.089	16.666
MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	55.151.445	33.33
	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: \$ 1.817.111.492 ACTIVOS: \$ 24.042.567.131

EGRESOS MENSUALES: \$ 1.462.309.835 PASIVOS: \$ 14.503.097.161

OTROS INGRESOS: \$ 1.046.592.135 CONCEPTO OTROS INGRESOS: **REND. FINANCIEROS Y RECUPERACION**

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): **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**
- 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 destinaran 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 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. ADÉMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

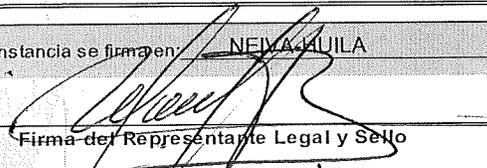
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 55.151.445




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 checked="" type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/>	INTERMEDIAR: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____
CONCEPTO DE PAGO:		DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUAL: _____
DATOS DE LA EMPRESA						
NOMBRE: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA		NIT: 800.110.181-9		ACTIVIDAD ICA: 8610		
DIRECCION: CALLE 18 # 6-65		CIUDAD: NEIVA		DEPARTAMENTO: HUILA		
TELEFONOS: 8756349 -8753436		FAX:		CELULAR: 3103159584		
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL						
NOMBRES: MARTHA LUCIA		PRIMER APELLIDO: POLANIA		SEGUNDO APELLIDO: CUBILLOS		
TIPO DE IDENTIFICACION: CC		NÚMERO: 55.151.445		FECHA EXPEDICION: 04/09/1986		CIUDAD EXPEDICION: NEIVA
DIRECCION: CALLE 8 # 6-65		CIUDAD: NEIVA		DEPARTAMENTO: HUILA		
TELEFONOS: 3103159584		FAX:		CELULAR: 315 3231235		
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: 45461028609		CORRIENTE: <input checked="" type="checkbox"/>		AHORROS: <input type="checkbox"/>		CÓDIGO DEL BANCO:
BANCO: BANCOLOMBIA S.A.		SUCURSAL:		CIUDAD: NEIVA		
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS						
NOMBRES Y APELLIDOS:		NOMBRE(s): BRIAN ESMITH		PRIMER APELLIDO: URBANO		SEGUNDO APELLIDO: CRUZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:		NÚMERO: 1075.292.894		TIPO: CC	FECHA EXPEDICION: 03/12/2013	CIUDAD EXPEDICION: NEIVA HUILA
CARGO EN LA EMPRESA:		AREA: CONTABILIDAD		CARGO: AUXILIAR DE CARTERA		
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: cartera@fracturasyortopedia.com						
En constancia se firma en <u>NEIVA HUILA</u> a los (10) del mes de <u>JULIO</u> de <u>2025</u>						
 Firma del Representante Legal y Sello				Firma y Cédula Persona Natural		