

Certificación Bancaria

Jueves, 15 de agosto de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALEX ATALIVAR CARDOZO ARIAS identificado(a) con CC 71792825, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	48797752676	2018-08-08	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe,
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? ☐ SI ☒ NO
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

Tomador

Nombre o razón social: **Alex Atalivar Caedozo Aeyas** Nit. / C.C.: **71792825**
 Oficina principal: Dirección: **Cra 42 # 7A Se 92** Ciudad: **Medellín** Teléfono: **321.835.8580**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:
 Tipo de documento: N°: Dirección: Ciudad: Teléfono:

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): **007** Número de Cuenta (validar según relación): **48797752676** Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitrés (23) oficinas de la red nacional.
 PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
 PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
 Cheque ☐ Efectivo ☐ Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
 SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
 SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; Intermediarios, reaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

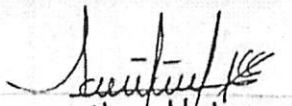
3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: serviciocliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO


 Nombre: **Alex Atalivar Caedozo Aeyas**
 C.C. No. **71792825**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		COMBINTE	ANONIMO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itai	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatria	018	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Devimenda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Faizabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finaidina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1979

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-1997 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0300150-00852673-M-0071792825-20161003

0051560590A 3

1034079438

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.792.825

CARDOZO ARIAS

APELLIDOS

ALEX ATALIVAR

NOMBRES

FIRMA



Señores:

FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN

Fiscalía No. 06 Delegada ante los Jueces Penales Municipales

Unidad Intervención Temprana

Atn: ENRIQUE JAVIER MORA BAQUERO

E.S.D.

DELITO:	Hurto de Automotor
OCURRENCIA DE LOS HECHOS:	28 de Octubre de 2024
RADICADO:	080016104366202116006

REF.: DESITIMIENTO DE DENUNCIA PENAL

ALEX ATALIVAR CARDOZO ARIAS, identificado con cedula de ciudadanía No. 71.792.825 de Medellín, propietario del automotor al momento del hurto del vehículo identificado con las siguientes características:

MARCA: MERCEDES BENZ

MODELO: 2019

CLASE: AUTOMOVIL

COLOR: PLATA POLAR METALIZADO

PLACA: FRS538

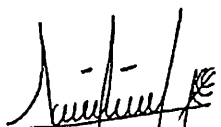
MOTOR No.: 27091031739367

CHASIS: WDD1173421N718141

Por medio de la presente, concurre ante su despacho, para informarle que desisto de la denuncia penal del proceso descrito en la referencia, de conformidad con el Art. 76 del Código de Procedimiento Penal, de manera libre y voluntaria.

Agradezco que se le dé trámite a la presente solicitud.

Cordialmente


ALEX ATALIVAR CARDOZO ARIAS
C.C No. 71.792.825 de Medellín



DESISTIMIENTO DE DENUNCIA PENAL

Desde Alex Cardozo <acardozo@somoshazlo.com>

Fecha Jue 14/11/2024 12:28 PM

Para edgarlop@ficalia.gov.co <edgarlop@ficalia.gov.co>

CC acastellonp@hotmail.com <acastellonp@hotmail.com>

 1 archivo adjunto (208 KB)

Desistimiento de denuncia .pdf;

Estimados,

Por medio del presente correo, me permito comunicar formalmente mi desistimiento de la denuncia penal interpuesta, en mi calidad de denunciante.

Adjunto a este correo se encuentra el documento de desistimiento debidamente firmado para que se proceda conforme a lo solicitado.

Agradezco de antemano su colaboración y quedo atento a cualquier información adicional que requieran.



Alex A. Cardozo Arias
Coordinador de Sueños Grupo Hazlo.
Celular: 321 835 85 80
E-mail: acardozo@somoshazlo.com
Carrera 42 A4 # 84 – 100

Barranquilla – Colombia

Este documento es propiedad de GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, puede contener información privilegiada o confidencial. Usar esta información y sus anexos para propósitos ajenos a los de GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, divulgarse a personas a las cuales no se encuentre destinado este correo o reproducirla total o parcialmente, se encuentra prohibido en virtud de la legislación vigente. La organización no asumirá responsabilidad alguna sobre información, opiniones o criterios contenidos en este correo que no estén directamente relacionados con GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS Si usted no es el destinatario autorizado o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente.

This document is property of GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, it may contain privileged confidential information. Therefore using this information and its annexes for purposes different from those of GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, distributing said information to people who are not among those for which this email was intended, or reproducing it partially or totally is prohibited in accordance with the law available. The company will not assume the responsibility around the information, opinions or criteria contained in this email, if not directly related to GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS. If you are not the authorized recipient, or you receive this message by mistake, please delete it immediately.

DESISTIMIENTO DE DENUNCIA PENAL

De: Alex Cardozo

acardozo@somoshazlo.com

Para: edgarlop@fiscalia.gov.co

edgarlop@fiscalia.gov.co

Cc: acastellonp@hotmail.com

acastellonp@hotmail.com

Enviado: jueves, 14 de noviembre,
12:32 p. m.

Estimados,

Por medio del presente correo, me permito comunicar formalmente mi desistimiento de la denuncia penal interpuesta, en mi calidad de denunciante.

Adjunto a este correo se encuentra el documento de desistimiento debidamente firmado para que se proceda conforme a lo solicitado.

Agradezco de antemano su colaboración y quedo atento a cualquier información adicional que requieran.



Alex A. Cardozo Arias

Coordinador de Sueños Grupo Hazlo.

Celular: 321 835 85 80

E-mail: acardozo@somoshazlo.com

Carrera 42 A4 # 84 – 100

Barranquilla – Colombia

Este documento es propiedad de GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, puede contener información privilegiada o confidencial. Usar esta información y sus anexos para propósitos ajenos a los de GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, divulgarse a personas a las cuales no se encuentre destinado este correo o reproducirla total o parcialmente, se encuentra prohibido en virtud de la legislación vigente. La organización no asumirá responsabilidad alguna sobre información, opiniones o criterios contenidos en este correo que no estén directamente relacionados con GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS Si usted no es el destinatario autorizado o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente.

This document is property of GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, it may contain privileged

confidential information. Therefore using this information and its annexes for purposes different from those of GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS, distributing said information to people who are not among those for which this email was intended, or reproducing it partially or totally is prohibited in accordance with the law available. The company will not assume the responsibility around the information, opinions or criteria contained in this email, if not directly related to GRUPO HAZLO SAS & CAMBIO HUMANO CONSULTORES ASOCIADOS. If you are not the authorized recipient, or you receive this message by mistake, please delete it immediately.

Señores:

FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN

Fiscalía No. 06 Delegada ante los Jueces Penales Municipales

Unidad Intervención Temprana

Atn: ENRIQUE JAVIER MORA BAQUERO

E.S.D.

DELITO:	Hurto de Automotor
OCURRENCIA DE LOS HECHOS:	28 de Octubre de 2024
RADICADO:	080016104366202116006

REF.: DESITIMIENTO DE DENUNCIA PENAL

ALEX ATALIVAR CARDOZO ARIAS, identificado con cedula de ciudadanía No. 71.792.825 de Medellín, propietario del automotor al momento del hurto del vehículo identificado con las siguientes características:

MARCA: MERCEDES BENZ

MODELO: 2019

CLASE: AUTOMOVIL

COLOR: PLATA POLAR METALIZADO

PLACA: FRS538

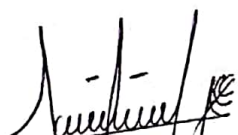
MOTOR No.: 27091031739367

CHASIS: WDD1173421N718141

Por medio de la presente, concuro ante su despacho, para informarle que desisto de la denuncia penal del proceso descrito en la referencia, de conformidad con el Art. 76 del Código de Procedimiento Penal, de manera libre y voluntaria.

Agradezco que se le dé tramite a la presente solicitud.

Cordialmente


ALEX ATALIVAR CARDOZO ARIAS
C.C No. 71.792.825 de Medellín



**(DESISTIMIENTO DE DEMANDA) ALEX CARDOZO VS ALLIANZ SEGUROS S.A RAD.
11001310305520230024000**

Desde Angie Castellon Pineda <acastellonp@hotmail.com>

Fecha Jue 7/11/2024 3:41 PM

Para Juzgado 55 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j55cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>; co: <notificacionesjudiciales@allianz.co>; Alex
Cardozo <acardozo@somoshazlo.com>

📎 1 archivo adjunto (224 KB)

Memorial DESISTIMIENTO DE DEMANDA.pdf,

Señores:

JUZGADO 55 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
E.S.D.

PROCESO: PROCESO DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE: ALEX CARDOZO ARIAS – C.C No. 71.792.825
DEMANDADO: ALLIANZ SEGUROS S.A - N.I.T. 860.026.182-5
RADICADO: 11001310305520230024000

REF.: DESITIMIENTO DE DEMANDA

ANGIE JHOHANA CASTELLON PINEDA, abogada en Ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.045.701.540 de Barranquilla, portadora de la T. P N° 251.196 del C.S. de la J., con correo electrónico acastellonp@hotmail.com correo inscrito ante el Registro Nacional de Abogados, en mi condición de apoderada judicial del señor ALEX CARDOZO ARIAS de conformidad con el poder obrante en el paginario, concurre ante su despacho, para informarle que mi poderdante llegó a un acuerdo extraprocesal con la parte demandada ALLIANZ SEGUROS S.A y por tanto, de manera libre y voluntaria DESISTIMOS DE LA PRESENTE DEMANDA Y SUS PRETENSIONES de conformidad con el Art. 314 del C.G.P.

Agradezco que se le de trámite a la presente solicitud.

Cordialmente

ANGIE CASTELLON PINEDA
C.C. No 1.045.701.540 de Barranquilla.
T.P. 251.196 del C.S.J

ANGIE CASTELLON PINEDA

Abogada especialista en Derecho Penal y Responsabilidad y Seguros
Universidad del Norte



Señores:

JUZGADO 55 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

E.S.D.

PROCESO:	PROCESO DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE:	ALEX CARDOZO ARIAS - C.C No. 71.792.825
DEMANDADO:	ALLIANZ SEGUROS S.A - N.I.T. 860.026.182-5
RADICADO:	11001310305520230024000

REF.: DESISTIMIENTO DE DEMANDA

ANGIE JHOHANA CASTELLON PINEDA, abogada en Ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.045.701.540 de Barranquilla, portadora de la T. P N° 251.196 del C.S. de la J., con correo electrónico acastellonp@hotmail.com correo inscrito ante el Registro Nacional de Abogados, en mi condición de apoderada judicial del señor **ALEX CARDOZO ARIAS** de conformidad con el poder obrante en el paginario, concurro ante su despacho, para informarle que mi poderdante llego a un acuerdo extraprocésal con la parte demandada ALLIANZ SEGUROS S.A y por tanto, de manera libre y voluntaria DESISTIMOS DE LA PRESENTE DEMANDA Y SUS PRETENSIONES de conformidad con el Art. 314 del C.G.P.

Agradezco que se le de trámite a la presente solicitud.

Cordialmente

ANGIE CASTELLON PINEDA

C.C. No 1.045.701.540 de Barranquilla.

T.P. 251.196 del C.S.J

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.Ciudad: MedellinFecha: 26 08 2024Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☒ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:
Tomador - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:

Persona Natural

Primer apellido	<u>Cardozo</u>	Segundo Apellido	<u>ARIAS</u>	Nombres Completos	<u>Alex A. Arias</u>
-----------------	----------------	------------------	--------------	-------------------	----------------------

Documento de Identidad

Personas Nacionales		Personas Extranjeras		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:
Cédula ☒ T.I. ☐ NUIP ☐	C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐			
No <u>71792825</u>	No			

Fecha de expedición 21/08/1993
Lugar de expedición Medellin

Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

Fecha de nacimiento	<u>30/05/1999</u>	Lugar de nacimiento	<u>Medellin</u>	Nacionalidad	<u>Colombia</u>	Dirección de Residencia	<u>CRA 42 # 7 A Sur 92</u>
Ciudad	<u>Medellin</u>	Teléfono		E-mail	<u>acardozo@sonshazlo.com</u>	Celular	<u>321 835 8580</u>

Oficio o profesión	<u>Empresario</u>	Actividad	Independiente ☒ Dependiente ☐
--------------------	-------------------	-----------	--

Empresa donde trabaja	<u>Grupo Hizo SAS</u>	Cargo	<u>Director Ejecutivo</u>	Teléfono	<u>321 835 8580</u>
-----------------------	-----------------------	-------	---------------------------	----------	---------------------

Dirección comercial	<u>CRA 42 # 7 A Sur 92</u>	Ciudad	<u>Medellin</u>
---------------------	----------------------------	--------	-----------------

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica	<u>Consultoría, Investigación</u>	Código CIIU	<u>9007</u>
---------------------	-----------------------------------	-------------	-------------

Ingresos Mensuales (Pesos)	<u>3.000.000</u>	Egresos mensuales (Pesos)	<u>2.500.000</u>
----------------------------	------------------	---------------------------	------------------

Activos (Pesos)	<u>62.000.000</u>	Pasivos (Pesos)	
-----------------	-------------------	-----------------	--

Patrimonio (Pesos)	<u>0</u>	Otros Ingresos (Pesos)	
--------------------	----------	------------------------	--

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento		N°		Fecha de expedición	
				Lugar de expedición	

Persona Jurídica

Nombre o razón social		NIT	
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica	Código CIIU		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento		N°		Fecha de expedición	
				Lugar de expedición	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Dirección		Ciudad		Teléfono	

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directo o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

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 espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones Internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera ☐ Si ☒ No ☐ Cual Indique otras operaciones

Productos financieros en el exterior ☐ (Posee productos financieros en el exterior) o ☐ (Posee cuentas en moneda extranjera)

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
Información sobre reclamaciones en seguros						
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años						
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado		

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Alex Cárdenas, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.), Salario; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEGURO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello; y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INAF y a Inversiones Fasescolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegar a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. ☒ Si ☐ No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. ☒ Si ☐ No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. ☒ Si ☐ No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 01 8000 513 500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

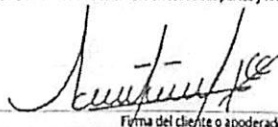
Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.



Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN

(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social
Clave No / Cargo del funcionario:

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):
Fecha: Día Mes Año Hora
Observaciones:
Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Firma:
Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora
Observaciones:
Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Firma:

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.Ciudad: MedellínFecha: 26 08 2024Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☒ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:
Tomador - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:

Persona Natural			
Primer apellido	<u>Cardozo</u>	Segundo Apellido	<u>ARIAS</u>
Nombres Completos		<u>Alex Afari Var</u>	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula ☒ T.I. ☐ NUIP ☐	C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐		
No	<u>71792825</u>	No	<u></u>
Fecha de expedición	<u>21/02/1993</u>	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	
Lugar de expedición	<u>Medellín</u>	No <u></u>	
Fecha de nacimiento	<u>30/05/1999</u>	Nacionalidad	<u>Colombia</u>
Lugar de nacimiento	<u>Medellín</u>	Dirección de Residencia	<u>Cra 42 # 7 A Sur 92</u>
Ciudad	<u>Medellín</u>	E-mail	<u>acardozo@somohazlo.com</u>
Oficio o profesión	<u>Empresario</u>	Celular	<u>321 835 8580</u>
Actividad	<u>Independiente</u>	Dependiente	☐
Empresa donde trabaja	<u>GRUP HAZLO SAS</u>	Cargo	<u>Director Ejecutivo</u>
Dirección comercial	<u>Cra 42 # 7 A Sur 92</u>	Teléfono	<u>321 835 8580</u>
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO			
Actividad económica	<u>Consultoría, Investigación</u>	Código CIIU	<u>9007</u>
Ingresos Mensuales (Pesos)	<u>3.000.000</u>	Egresos mensuales (Pesos)	<u>2.500.000</u>
Activos (Pesos)	<u>62.000.000</u>	Pasivos (Pesos)	
Patrimonio (Pesos)	<u>0</u>	Otros ingresos (Pesos)	
Concepto otros ingresos			
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):			
Primer apellido		Segundo Apellido	
Nombres Completos			
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Persona Jurídica			
Nombre o razón social			NIT
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica	Código CIIU		
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido		Segundo Apellido	
Nombres Completos			
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Banco Seguros de Vida S.A. INT. 800 027 454-1. Adm. Seguros S.A. INT. 800 026 112-5 DE COLOMBIA

VIGILADO

Versión 2.46-2019

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? ☐ SI ☒ NO
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

Tomador
 Nombre o razón social: Alex Atalivar Caedozo Arias NIT / C.C.: 71792825
 Oficina principal: Dirección: Cra 42 # 7A Sur 92 Ciudad: Medellín Teléfono: 321 835 8580

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)
 Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
 Tipo de documento: _____ N°: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Teléfono: _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): 007 Número de Cuenta (validar según relación): 48797752676 Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: _____ Tarjeta Allianz: _____
 Cheque ☐ Efectivo ☐ _____ Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

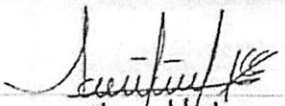
Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: serviciocliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

 Nombre: Alex Atalivar Caedozo Arias
 C.C. No. 71792825

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco R4D	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citicbank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Guadalupe	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BOVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Devivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomiva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

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 espacios debe anexarse la relación)			
Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ HIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ HIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ HIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ HIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ HIT ☐ OTRO ☐		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera ☐ SI ☒ No ☐ Cui ☐ Indique otras operaciones ☐

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
Información sobre reclamaciones en seguros						
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.						
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado		

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Hex Capital de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.) Salario; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COCESAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACREDITO y CIFI, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INPFI y a Inversiones Fasescoda - INVERTAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. ☐ SI ☒ No ☐

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. ☐ SI ☒ No ☐

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamientos, entre otros. ☐ SI ☒ No ☐

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

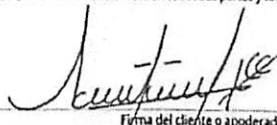
Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negativas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.



Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario al negocio es directo):	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: Clave No / Cargo del funcionario:		



Consejo Superior
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
ANGIE JHOHANA

APELLIDOS:
CASTELLON PINEDA

Angie Castellon Pineda

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
José Ovidio Claros Polanco

UNIVERSIDAD
LIBRE BARRANQUILLA

CEDULA
1045701540

FECHA DE GRADO
27 de noviembre de 2014

FECHA DE EXPEDICION
26 de diciembre de 2014

CONSEJO SECCIONAL
ATLANTICO

TARJETA N°
251196

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.045.701.540

CASTELLON PINEDA

APELLIDOS

ANGIE JHOHANA

NOMBRES

Angie Castellon
FIRMA



ICS Escaneado con DomScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

21-OCT-2009 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0300100-00198338-F-1045701540-20091120

0018134492A 1

29837543

ICS Escaneado con DomScanner

Remitente:

Angie Castellón Pineda

Calle 77b #57-103 Oficina 1001

Edificio Green Tower

Barranquilla, Atlantico

Tel: 310 453 7209

G. HERRERA & ASOCIADOS

06 DIC 2024

RECIBIDO
NO IMPLICA

NO IMPLICA
RECIBIDO

06 DIC 2024

G. HERRERA & ASOCIADOS

Destinatario:

Gustavo Alberto Herrera Avila

c.c. 19.395.114 Bogotá

Avenida 6a Bis #35 No 100. Of.
212

Centro Empresarial Chipichape

Cali, Valle del Cauca

Tel: 318 291 2330