

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: BogotáFecha: 11 de 6 de 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>Ramírez</u>	Segundo Apellido: <u>Montcalugre</u>	Nombres Completos: <u>Armando</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. ☐ NUP ☐	C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐			
No: <u>7.717.808</u>	No: <u></u>			
Fecha de expedición: <u>27/7/99</u>	No: <u></u>			

Lugar de expedición: <u>Nariño</u>	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	No: <u></u>
Fecha de nacimiento: <u>21/7/1980</u>	Lugar de nacimiento: <u>Nariño</u>	Dirección de residencia: <u>Carrera 49 + 68 f sur - 11</u>
Ciudad: <u>Bogotá</u>	Teléfono: <u>3112865057</u>	Celular: <u>3112865057</u>
Correo electrónico: <u>armandoramirez225@gmail.com</u>	Actividad: ☐ Independiente ☒ Dependiente	

Empresa donde trabaja: <u>Envases Universales</u>	Cargo: <u>Electromecánico</u>	Teléfono: <u></u>
Dirección comercial: <u>Azonorte Km 22 zona franca parque industrial Canal</u>	Ciudad: <u>Tocancipa</u>	

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

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO	Por su actividad o 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 usted y una persona considerablemente públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO

Actividad económica: Electromecánico Código CIIU: Ingresos Mensuales (Pesos): Ingresos mensuales (Pesos): Activos (Pesos): Pasivos (Pesos): Patrimonio (Pesos): Otros ingresos (Pesos): Concepto otros ingresos:

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido: <u></u>	Segundo Apellido: <u></u>	Nombres Completos: <u></u>
Tipo de documento: <u>N°</u>	Fecha de expedición: <u></u>	Lugar de expedición: <u></u>

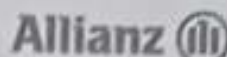
Persona Jurídica

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

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido: <u></u>	Segundo Apellido: <u></u>	Nombres Completos: <u></u>
Tipo de documento: <u>N°</u>	Fecha de expedición: <u></u>	Lugar de expedición: <u></u>
Fecha de nacimiento: <u></u>	Lugar de nacimiento: <u></u>	Nacionalidad: <u></u>
Dirección: <u></u>	Ciudad: <u></u>	Teléfono: <u></u>

Autorización de pagos



¿En su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO ¿En su actividad o oficio, ¿qué nivel de recursos maneja o genera? ☐ SI ☒ NO ¿En su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO ¿Tiene algún vínculo con LIL y una persona (consideradamente) ☐ SI ☒ NO	Si alguna de las siguientes afirmaciones es afirmativa, por favor respóndalo:
---	--

Tomador		Tel. P.A.	
Nombre de Tomador	Armando Ramirez Montealegre	7'717 808	
Dirección principal (Residencia)	Carrera 49 # 68 sur-11 Bogotá	3112865057	

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Forma específica	Ingrediente específico	Reacción específica
Forma de la muestra	Al	Forma de la muestra
Control		Control

El presente trabajo del presente Journal N° 107 es un documento de pago a autorización de la editorial por parte de El Centro Latinoamericano de Estudios y Políticas de la Salud.

Armando Romo 2 7717808

NOTAS: NO SE RECIBIRÁN CLIENTES SIN CRÉDITO CONFIRMADO.

Para obtener el título de diplomado en el área de la salud, el estudiante debe haber aprobado el 75% de las asignaturas.

Código Entidad Emisora (según relación)	001	Número de Cuenta (código según relación)	388-535583-51	Tipo de Cuenta	Corriente
--	-----	--	---------------	----------------	-----------

Se debe interpretar de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del comercio electrónico con fluidez en un solo paso (1) ofrecido por la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INCAPACITACIÓN, SE DEBE AÑADIR PUEDE EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGOS SUJECIONADOS POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PREMIOS, SOLO SE CUMPLIRÁ AL TITULAR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MODO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Sincumbente: ☐
 Designado: ☐
 Terceira Abstenção: ☐

NOTA PARA EL PACIENTE: NO RECIBIRÁS CUARENTA Y CINCO DÍAS DE FARMACOS PARA RESUMIRLOS.

SE UNTEO SI UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10,000,000), SE SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

WANTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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, organización, actualización y transmisión. Al mismo, les autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transacción o transmisión de datos, intermediarios, aseguradores, asegurados, 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 mis(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 subsista los datos para los cuales se han tratado 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: 6005903 y a nivel nacional 018000514405 - Opción 2. Se informará cuando podrá consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.alliant.co.

2. **ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obliga a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio la amerita.

Los Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o errores que se presenten en la realización de las pagas o transferencias debido a imprecisiones en la información consignada por el beneficiario del pago en el proceso formal.

3. ALTERIZACIÓN 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 860.032.182-5 y 860.037.404-1, 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 la que corresponde al pago de obligaciones derivadas 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: 0265 - Bogotá: 5947133 - A nivel nacional: 018000 512500 - Opción 6); ii) Dirección Suiza: Carrera 13A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al Cliente y i) Carrera efectiva (ómnibus servicio al cliente: 018000 512500).

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firmo:

PRIMA DEL CLIENTE O TERCERO

Armando R.

Armando R.
2797.808

[illegible]

*Il tuo Banco Agrario ti red AOI su base una struttura definita, per la quale si raccomanda di recarsi nei punti vendita.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **7.717.808**
RAMIREZ MONTEALEGRE

APELLIDOS
ARMANDO

NOMBRES

Armando Ramirez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1980**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

27-JUL-1999 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-1900100-00211924-M-0007717808-20100131

0020511243A 1

6670626115

Certificación Bancaria

Martes, 11 de junio de 2024

Aseguradora Allianz

Bancolombia S.A. se permite informar que ARMANDO RAMIREZ MONTEALEGRE identificado(a) con CC 7717808, 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	38853558351	2016-01-14	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

Desistimiento demanda número radicado 2024059594-005-000

Armando Ramirez Montealegre <armandoramirez255@gmail.com>

Lun 10/06/2024 11:51

Para:jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co <jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co>;Juan David Vergara Melo <jvergara@gha.com.co>
CC:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Some people who received this message don't often get email from armandoramirez255@gmail.com. [Learn why this is important](#)

Bogotá 10 de junio 2024

Señora
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA COLOMBIA

Por medio de la presente yo Armando Ramírez Montealegre, identificado con la cédula de ciudadanía 7717808 de Neiva, manifiesto de manera libre y voluntaria que DESISTO de la demanda con número radicado 2024059594-005-000 impuesta a la Aseguradora Allianz, ya que el día 6 de junio del 2024 a las 2:00 PM se realizó una audiencia de conciliación virtual con el número radicado 2024044299 donde se llegó a un mutuo acuerdo.

De antemano, envío mis agradecimiento por la colaboración y atención prestada.

Se envía copia de este desistimos al representante legal de la Aseguradora Allianz para el respectivo procedimiento de indemnización.

Armando Ramírez Montealegre
C.C. 7717808 de Neiva
Celular 3112865057