C&V | Castillo & Valero Asociados

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.
E. S. D.

REFERENCIA:	**RADICACIÓN DOCUMENTOS PAGO ACUERDO CONCILIATORIO**
RADICADO:	**76001-3103-005-2021-00036-00**
PROCESO:	**VERBAL RCE**
DEMANDANTE:	**CAROLINA MICOLTA SEGURA Y OTROS**
APODERADO:	**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**
DEMANDANDO:	**EPS SANITAS S.A. – CLÍNICA DE OCCIDENTE - CENTRO MÉDICO IMBANACO**

JORGE URIEL RUEDA ROMERO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Santiago de Cali , identificado con cédula de ciudadanía No. **91.292.913** expedida en Bucaramanga, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 208.777 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado de los demandantes, de conformidad con el Acta de Audiencia Pública de fecha 25 de septiembre de 2024 en la que se dio por terminado el proceso de la referencia por conciliación; me permito radicar los documentos requeridos para el pago del acuerdo conciliatorio, a saber:

- Formulario de Conocimiento del cliente y/o Sarlaft diligenciado por la señora Carolina Micolta Segura, constante en tres (03) folios.
- Formulario de autorización de pago diligenciado por la señora Carolina Micolta Segura, constante en un (01) folio.
- Copia de Cédula de ciudadanía ampliada al 150% de la señora Carolina Micolta Segura, constante en un (01) folio.
- Certificación de existencia de la cuenta bancaria de titularidad de la señora Carolina Micolta Segura, con vigencia no mayor a 30 días, constante en un (01) folio.
- Copia del acuerdo de conciliación emitido por el despacho, constante en dos (02) folios.

Atentamente,

JORGE URIEL RUEDA ROMERO
C.C. 91.292.913 de Bucaramanga
Tarjeta profesional No 208.777 del C.S.J.
jorgeurielabogados@gmail.com
teléfono 317 767 2241

G. HERRERA & ASOCIADOS
01 SEP 2024
RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACION

Nikole Mancilla.

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

Fecha Diligenciamiento: 27/09/2024 Ciudad: Cali Sucursal:

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☒ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otro

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO:(INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual
Tomador-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual
Asegurado-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☒	Laboral ☐	Otra ☐	Cual

1.INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: MICOLTA SEGUNDO APELLIDO: SEGURA NOMBRES: CAROLINA

TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 66916641 FECHA DE EXPEDICIÓN: 30/11/1992 LUGAR DE EXPEDICIÓN: CALI

FECHA DE NACIMIENTO: 22/02/1973 LUGAR DE NACIMIENTO: Buenaventura NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2:

E-MAIL: camise73@hotmailes.com DIRECCIÓN (Residencia): Calle 60 B # 107-148 Apto 708A CIUDAD: Cali

DEPARTAMENTO: Valle del Cauca TELÉFONO: 3116809805 CELULAR: 3116809805

SECTOR: CIIU (cod): 0010 TIPO DE ACTIVIDAD: Empleada ¿Cual?:

OCUPACIÓN: Empleada CARGO: coordinadora Control cuentas EMPRESA DONDE TRABAJA: FABILU SAS

CIUDAD: Cali DIRECCIÓN (Oficina): Carrera 46 # 9c-85 Cali DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

TELÉFONO (Oficina): 3850285 ext 1320 ACTIVIDAD SECUNDARIA: CIIU (cod):

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes):

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	$2.251.000	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	$1.900.000
ACTIVOS (Pesos)	$62.404.000	PASIVO (Pesos)	$16.656.000
PATRIMONIO (Activos-PasivosPesos)	$79.060.000	OTROS INGRESOS (Pesos)	

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI ☐ NO ☒	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI ☐ NO ☒	

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI ☐ NO ☒ Indique:

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Salario

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒ CUAL

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☒ ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

Scanned with CamScanner

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI [X] NO [ ]

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO
2022	BAN - PLAN VIDA IDEAL 2011	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	$24.024.716	POSITIVO
2023	AUXILIO FUNERARIO	PROTECCIÓN S.A.	$5.000.000	POSITIVO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:

a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
e. El control y la prevención del fraude.
f. La liquidación y pago de siniestros.
g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.

3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, trasmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:

a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se comportan, transfieran, trasmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

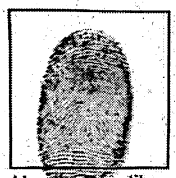
Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

Scanned with CamScanner

6. FIRMA Y HUELLA

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 CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

_____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: _____

Resultados de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

_____

Firma: _____

Observaciones: _____

_____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vinculo/ Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

*Vinculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

Scanned with CamScanner

equidad seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: [ ] BENEFICIARIO: [X] INTERMEDIARIO: [ ] OTRO: [ ] CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: [ ] INDEMNIZACIÓN: [X] PRESTACIÓN DE SERVICIOS: [ ] OTRO: [ ] CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: CAROLINA MICOLTA SEGURA	NIT: 66916641	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION: Calle 60 B # 107-148 Apto 708A Unidad Acacias	CIUDAD: Cali	DEPARTAMENTO: Valle
TELEFONOS: 3116809805	FAX:	CELULAR: 3116809805

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: CAROLINA	PRIMER APELLIDO: MICOLTA	SEGUNDO APELLIDO: SEGURA	
TIPO DE IDENTIFICACION: CC	NUMERO: 66916641	FECHA EXPEDICION: 30/11/1992	CIUDAD EXPEDICION: Cali
DIRECCION: Calle 60 B # 107-148 Apto 708A Unidad Acacias	CIUDAD: Cali	DEPARTAMENTO: Valle	
TELEFONOS: 3116809805	FAX:	CELULAR: 3116809805	

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

NUMERO DE CUENTA: 8162071098	CORRIENTE: [ ]	AHORROS: [X]	CODIGO DEL BANCO:
BANCO: BBVA Colombia	SUCURSAL: Calle novena	CIUDAD: Cali	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NUMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX	
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NUMERO	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: _____

En constancia se firma en Cali los 7 días del mes de Septiembre del año 2014

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural
66.916.641 de cali

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.916.641**
MICOLTA SEGURA

APELLIDOS
CAROLINA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-1973**
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-1992 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3100100-00303270-F-0066916641-20110524 0027050287A 1 36642357

Scanned with CamScanner

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **CAROLINA MICOLTA SEGURA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 66.916.641** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 813207198** aperturada el **19 de julio de 2013**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **27** días del mes de **septiembre** del año **2024**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0813207198**
Cuenta de 16 dígitos: **0813000200207198**
Cuenta de 20 dígitos: **00130813000200207198**

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL CIRCUITO
Santiago de Cali, 26 de septiembre de 2024.
NUR: **760013103005-2021 00036-00.**
Audiencia Pública

Inicio de la audiencia: 9:00 a.m.

PROC: VERBAL (RCE)
DTE: RAFAEL ORTIZ CASTRO -MARÍA JOSÉ ORTÍZ RIASCOS, CAROLINA MICOLTA SEGURA, LUIS MIGUEL ORTÍZ MICOLTA, JOSÉ DARÍO ORTÍZ MICOLTA y MARCIANO MICOLTA
DDOS: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A., CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. y CENTRO MÉDICO IMBANACO S.A.-

Radicación: 760013103005-2021-00036-00

Intervinientes:

Juez:	Doctora Lizbeth Fernanda Arellano.
Juzgado:	Quinto Civil del Circuito de Santiago de Cali.
Demandante:	Rafael Ortiz Castro y Otros
Demandado:	Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. y Otros
Apoderado actor:	José Uriel Rueda Romero
Apoderado Dda:	Iván Mauricio Páez Sierra (Sanitas EPS)
Apoderado Dda:	Felipe Jiménez Chavarriaga (Imbanaco)
Apoderado Dda:	Jhon Jairo Cifuentes (Clínica Occidente)

Apdos. Llamadas en Gtia:
La Equidad Seguros Generales: Gustavo Andrés Fernández Calderón
Chubb Seguros de Colombia: Juan Sebastián Caro Hernández

TIPO DE AUDIENCIA: Inicial 372 C.G.P.-

Nº	ETAPAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	INSTALACIÓN	X		Lectura del protocolo y se establecen las reglas para intervenir en la audiencia.
2.	PRESENTACIÓN DE LAS PARTES	X		
3.	PRACTICA DE PRUEBAS	X		Interrogatorios de las partes
4.	CONCILIACIÓN	X		El apoderado judicial de la Llamada en Garantía La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, propone formula de arreglo para conciliación.

El apoderado judicial de La Llamada en Garantía la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, presenta formula de conciliación para dar por terminado el presente proceso y propone la suma de Doscientos Veinte Millones de Pesos ($220.000.000). La cual es puesta en consideración de la parte demandante, y es aceptada por cada uno de sus integrantes.

El apoderado judicial de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, precisa que se remitirá al correo digital del apoderado judicial demandante los documentos que se deben tramitar en la mayor brevedad posible:

- ✓ Formato de conocimiento del cliente o SARLAFT
- ✓ Formulario de autorización para el pago de la indemnización.
- ✓ Los anteriores documentos deben ser diligenciados por la persona que va a recibir.

Por parte de los demandantes también se debe entregar los siguientes documentos:

- ✓ Certificación bancaria, no mayor a 30 días.
- ✓ Copia de la Cédula ampliada al 150% de esa misma persona que va a recibir el dinero.
- ✓ Desistimiento de la acción penal ante la Fiscalía General de la Nación, con nota de presentación personal y constancia de radicación, en caso de haberse interpuesto.
- ✓ Copia Acta de Conciliación del Juzgado.

Que una vez los documentos anteriormente relacionados sean recepcionados tanto de forma física y electrónica por la compañía de seguros, el pago se efectuará dentro de los 20 días hábiles siguientes.

El apoderado judicial de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo Dr. Gustavo Andrés Fernández Calderón manifiesta que si se afecta la póliza, pero que no va a realizar a la demandada Sanitas EPS, el recobro por el deducible, por ser plena y definitiva.

Por lo anterior, el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Cali administrando Justicia, en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

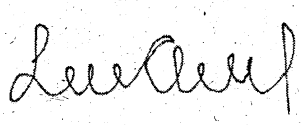
PRIMERO: TERMINAR EL PROCESO POR CONCILIACIÓN, por indemnización integral sobre todas las pretensiones, todos los procesos sobre los mismos hechos y contra todos los demandados, por la suma de Doscientos Veinte Millones de Pesos M/cte ($220.000.000), los cuales serán cancelados por la compañía de seguros La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo a la parte demandante, en los términos fijados anteriormente. Señalando que la presente Acta presta mérito ejecutivo.

SEGUNDO: ORDENAR el archivo del proceso entre los de su clase, previas las anotaciones en los radicadores respectivos.

No siendo otro el objeto de la presente audiencia, la misma se termina siendo las 12:42 p.m.

LINK de la audiencia: **86Audiencia.mp4**

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



LIZBETH FERNANDA ARELLANO

JUEZ

02.