

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.020.451.893**
RODRIGUEZ MONTOYA

APELLIDOS
ASTRID JULIANA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-1993**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O-

GRUPO SANG. RH

F

SEXO

23-FEB-2011 BELLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SÁNCHEZ TORRES



P-0104900 00303271-F-1020451893 20110524 0027050638A 1 36183500

NUMERO **1.020.451.893**
RODRIGUEZ MONTOYA

APELLIDOS
ASTRID JULIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-1993**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O-** **F**
ESTATURA G.S RM SEXO

23-FEB-2011 BELLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0104900 00303271-F-1020451893 20110524 0027050638A 1 36183500



Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 329819960

El Banco AV Villas certifica que: **Astrid Juliana Rodriguez Montoya**
identificada con el documento No. 1020451893, tiene en la oficina OFICINA CC OVIEDO (329) una Cuenta de
Ahorros - Cuenta Móvil No. 329819960 desde el 02 de noviembre de 2021.

Fecha de expedición: 01/04/2024

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777

Medellín: 325 6000

Barranquilla: 330 4330

Cali: 885 9595

Bucaramanga: 630 2980

Resto del país: 01 8000 51 8000

Señores
EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
E.S.D

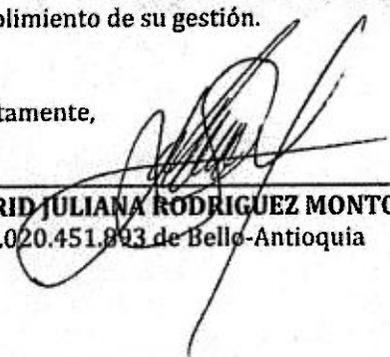


ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

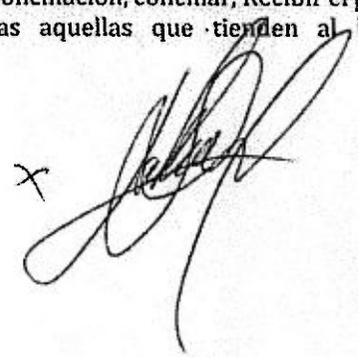
ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA, identificada con cedula No. 1.020.451.893 de Bello-Antioquia, mayor de edad, actuando en nombre propio, otorgo poder ESPECIAL, AMPLIO y SUFICIENTE, a la señora **KELLY VALENCIA OSORIO**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.035.855.983 de Girardota, abogada en ejercicio con tarjeta profesional número 355853 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico abogada.kellyvalencia@gmail.com para que en mi nombre y representación realice la reclamación a que hubiere lugar para el reconocimiento y pago de los perjuicios materiales e inmateriales los cuales me fueron ocasionados al realizarme procedimiento de inyectología el 12 de julio de 2023 en la DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN, establecimiento ubicado en el municipio de Bello-Antioquia, y donde funge con póliza de responsabilidad civil la aseguradora: EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

Mi apoderada cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de presentar reclamación por muerte y gastos funerarios, solicitar documentos, transigir, asistirme en audiencia de conciliación, conciliar, Recibir el pago, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y todas aquellas que tienden al buen cumplimiento de su gestión.

Atentamente,



ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA
CC. 1.020.451.893 de Bello-Antioquia



KELLY VALENCIA OSORIO
T.P. 355853 del CS de la J
Email: abogada.kellyvalencia@gmail.com



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 38200

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el veintiuno (21) de febrero de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría veintitres (23) del Círculo de Medellín, compareció: ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1020451893 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



38200-1

b09af1e688

21/02/2024 16:28:06

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



LUZ AMPARO DIAZ PEREZ

Notaria Encargada

Notaria (23) del Círculo de Medellín, Departamento de Antioquia - Encargada

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: b09af1e688, 21/02/2024 16:28:13



Kelly Valencia <abogada.kellyvalencia@gmail.com>

Otorgamiento de Poder

Juliana Rodríguez <astridj.0216@hotmail.com>
Para: Kelly Osorio <abogada.kellyvalencia@gmail.com>

21 de febrero de 2024, 4:09 p.m.

SEÑORES**CENTRO DE CONCILIACIÓN CIVIL COMERCIAL DE MEDELLÍN-ANTIOQUIA
PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN****E.SD****ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER.**

ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA, identificada con cedula No. 1.020.451.893 de Bello-Antioquia, por medio del presente escrito confiero PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, a la abogada **KELLY YURANI VALENCIA OSORIO**, mayor de edad, con tarjeta profesional No. 355853 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico abogada.kellyvalencia@gmail.com, para que en mi nombre y representación Solicite y me represente en audiencia de conciliación prejudicial ante este CENTRO DE CONCILIACIÓN, a la cual serán convocados: la señora **EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS**, identificada con cedula de ciudadanía No.52367751; **DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN** de Bello-Antioquia, con numero de matrícula 21-454856-02, Representada Legalmente por la señora **EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS**, identificada con cedula de ciudadanía No. 52367751, y la **ASEGURADORA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, con nit. 860.028.415-5.

Convocados con ocasión de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales derivados del procedimiento de inyectología realizado en la **DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN**, ubicada en Calle 77# 64 61, Bello-Antioquia, con numero de matrícula 21454856-02.

Mi apoderada, cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, especialmente las de conciliar, disponer del derecho en litigio, transigir, recibir, notificarse, sustituir, reasumir, desistir, renunciar, interponer recursos, solicitar nulidades y todas aquellas que tiendan al buen y fiel cumplimiento de su gestión en procura de los intereses de la sociedad que represento, así como las dispuestas en el artículo 77 del código General del Proceso.

Atentamente,

ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA
CC. 1.020.451.893 de Bello-Antioquia

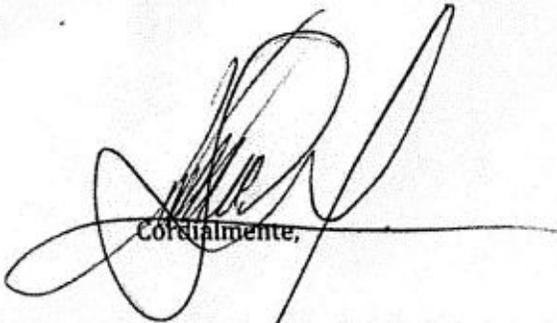
SEÑOR
FISCAL 268 LOCAL DE BELLO ANTIOQUIA
E.S.D

ASUNTO: SOLICITUD DESISTIMIENTO DE ACCIÓN PENAL.
SPOA: 050016000248202358407
VÍCTIMA: ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA

Yo **ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA**, mayor de edad, identificada civilmente como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de víctima en el que sufrí en la fecha del 12 de julio de 2023 lesiones personales producto de un procedimiento de inyectología llevado a cabo en la **DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN**, ubicada en Calle 77# 64 61, Bello-Antioquia, a la cual asistí con el fin de adquirir un medicamento para la congestión nasal y el virus de la gripa, en dicho establecimiento fui atendida por la señora **EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS**, quien me recomienda administrarme vía intramuscular el medicamento de la "triple viral", a lo que confiando en su experticia de la señora **EDITH FABIOLA** accedo a la administración del mismo, lo cual consiste en la administración de una inyección, la cual es la mezcla de 3 medicamentos los cuales son: diclofenaco, dexametasona y lincomicina. Estos medicamentos fueron administrados en mi glúteo izquierdo, por la señora **EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS**, los cuales los mezcló en una sola jeringa, por lo que 7 días después padecí de dolor intenso, enrojecimiento y abultamiento en mi glúteo izquierdo, lo que me generó una celulitis complicada y posterior un absceso de gran tamaño, situación que la obligó a estar hospitalizada por un tiempo de 21 días. Producto de este procedimiento, se me generó múltiples perjuicios, entre ellos físicos, morales y materiales de los cuales la señora **EDITH FABIOLA URIBE** propietaria de la Droguería Multidrogas Jen no quiso responder.

Por los motivos antes expuestos inicié la acción penal invocando el delito de lesiones personales culposas, investigación que se adelanta ante este despacho, y del cual **manifiesto que desisto de la acción penal de manera libre y voluntaria**, en contra de la señora **EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS**, identificada con cedula No. 52367751, debido a que el día 01 de abril de 2024 se llevó a cabo ante el CENTRO DE CONCILIACIÓN CIVIL COMERCIAL DE MEDELLÍN-ANTIOQUIA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN ASUNTOS CIVILES, audiencia de conciliación donde se llegó a un acuerdo conciliatorio frente a los perjuicios morales y daño de la vida en relación a mi generados.

Edith Fabiola Uribe Plasas
01.04.2024



Córtialmente,

ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA
CC.1.020/451.893 de Bello-Antioquia.


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIAR OT CUAL: _____

 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES ASTRID JULIANA	PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO MONTOYA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC	NÚMERO 1.020.451.893	FECHA EXPEDICION 23 /02/2011
DIRECCION: diagonal 59 # 32 -02 Niquía, municipio de Bello-Antioquia		CIUDAD: Bello Antioquia
DEPARTAMENTO: Antioquia		CÓDIGO DEL BANCO 0052
TELEFONOS: 3162469568- 3195649460	FAX:	CELULAR: 3162469568

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 329819960	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO 0052
BANCO Banco AV Villas	SUCURSAL Medellin	CIUDAD Medellin	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	Kelly Yurani	Valencia	Osorio
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	1.035.855.983	13 diciembre 2007	Girardota
CARGO EN LA EMPRESA	Apoderada		
TELEFONOS Y FAX	PBX 3195649460		

NOMBRES Y APELLIDOS			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			
CARGO EN LA EMPRESA			
TELEFONOS Y 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: abogada.kellyvalencia@gmail.com

 En constancia se firma en: Medellin a los (03) del mes de Abril de 2024

Kelly Valencia Osorio
Firma del Representante Legal y Sello

Astrid Juliana Rodriguez cc. 1.020.451.893
Firma y Cédula Persona Natural

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	03	04	2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: **RODRIGUEZ** SEGUNDO APELLIDO: **MONTOYA** PRIMER NOMBRE: **ASTRID** SEGUNDO NOMBRE: **ASTRID JULIANA**

C.C. C.E. T.I. R. OTR. NÚMERO: **1.020.451.893** LUGAR DE EXPEDICIÓN: **Bello Antioquia** FECHA DE EXPEDICIÓN: **23/02/2011** SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: **16 de febrero de 1993** NACIONALIDAD: **Colombiana** OCUPACIÓN / PROFESIÓN: **Auxiliar administrativa**

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

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANT AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: **Asesora comercial**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: **Teleperformance** CARGO: **Asesora de línea ARL Sura**

CIUDAD: **Medellín** DIRECCIÓN: **Cll 26 # 92 32** TELÉFONO: **601 4049080** FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **diagonal 59 # 32 -02 , Niquia bello** CIUDAD DE RESIDENCIA: **Bello Antioquia**

TELÉFONO: CELULAR **316 2469568** EMAIL: **astridj.0216@hotmail.com**

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____ NIT: _____

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

C.C. C.E. NÚMERO _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN _____

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ TELÉFONO: _____

PAG. WEB _____ FAX: _____

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

FAX: _____

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ **\$1'160.000** ACTIVOS: \$ **\$1'160.000**

EGRESOS MENSUALES: \$ **850.000** PASIVOS: \$ **850.000**

OTROS INGRESOS: \$ _____ CONCEPTO OTROS INGRESOS: _____

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).

PERSONA JURÍDICA EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CLASIFICACIÓN DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ASÍ COMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODOS SUS PARTES.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. _____

HUELLA: 

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____ OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____

**SEÑOR
FISCAL 268 LOCAL DE BELLO ANTIOQUIA
E.S.D**

**ASUNTO: SOLICITUD DESISTIMIENTO DE ACCIÓN PENAL.
SPOA: 050016000248202358407
VÍCTIMA: ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA**

Yo ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA, mayor de edad, identificada civilmente como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de victima en el que sufrí en la fecha del 12 de julio de 2023 lesiones personales producto de un procedimiento de inyectología llevado a cabo en la DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN, ubicada en Calle 77# 64 61, Bello-Antioquia, a la cual asistí con el fin de adquirir un medicamento para la congestión nasal y el virus de la gripa, en dicho establecimiento fui atendida por la señora EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS, quien me recomienda administrarme vía intramuscular el medicamento de la "triple viral", a lo que confiando en su experticia de la señora EDITH FABIOLA accedo a la administración del mismo, lo cual consiste en la administración de una inyección, la cual es la mezcla de 3 medicamentos los cuales son: diclofenaco, dexametasona y lincomicina. Estos medicamentos fueron administrados en mi glúteo izquierdo, por la señora EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS, los cuales los mezcló en una sola jeringa, por lo que 7 días después padecí de dolor intenso, enrojecimiento y abultamiento en mi glúteo izquierdo, lo que me generó una celulitis complicada y posterior un absceso de gran tamaño, situación que la obligó a estar hospitalizada por un tiempo de 21 días. Producto de este procedimiento, se me generó múltiples perjuicios, entre ellos físicos, morales y materiales de los cuales la señora EDITH FABIOLA URIBE propietaria de la Droguería Multidrogas Jen no quiso responder.

Por los motivos antes expuestos inicié la acción penal invocando el delito de lesiones personales culposas, investigación que se adelanta ante este despacho, y del cual manifiesto que desisto de la acción penal de manera libre y voluntaria, en contra de la señora EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS, identificada con cedula No. 52367751, debido a que el día 01 de abril de 2024 se llevó a cabo ante el CENTRO DE CONCILIACIÓN CIVIL COMERCIAL DE MEDELLÍN-ANTIOQUIA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN ASUNTOS CIVILES, audiencia de conciliación donde se llegó a un acuerdo conciliatorio frente a los perjuicios morales y daño de la vida en relación a mi generados.

*Rodríguez
María Fabiola
01.04.2024*



Cordialmente,

ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA
CC.1.020/451.893 de Bello-Antioquia.

Fecha Diligenciamiento: 03 Abril 2024 Ciudad: Medellín 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

RIMERAPELLIDO: Rodriguez SEGUNDO APELLIDO: Montoya NOMBRES: Astrid Juliana

PO DE DOCUMENTO: cc NÚMERO: 1.020.451.893 FECHA DE EXPEDICIÓN: 23 /02/2011 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Bello Antioquia

ECHA DE NACIMIENTO: 16 /02/1993 LUGAR DE NACIMIENTO: Medellin NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____

-MAIL: astridj.0216@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): diagonal 59 # 32 -02 , Niquia bello CIUDAD: Municipio de Bello Ant

EPARTAMENTO: Antioquia TELÉFONO: 3162469568 CELULAR: 3162469568

ECTOR: Niquia CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____

OCUPACIÓN: Asesora comercial CARGO: Asesora de línea ARL Sura EMPRESA DONDE TRABAJA: ARL Sura

CIUDAD: Medellin DIRECCIÓN (Oficina): Cll 26 # 92 32 DEPARTAMENTO: Antioquia

TELÉFONO (Oficina): 601 4049080 ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____

QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes): _____

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<u>\$1'160.000</u>	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	<u>\$850.000</u>
ACTIVOS (Pesos)	<u>\$1'160.000</u>	PASIVO (Pesos)	<u>\$850.000</u>
NETRIMONIO (Activos-PasivosPesos)	<u>\$1'160.000</u>	OTROS INGRESOS (Pesos)	<u>Ninguno</u>

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES Ninguno

Es usted una Persona Expuesta Públicamente? 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:
 . 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.
 . La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
 . Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 . Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Asesora comercial de línea ARL Sura

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	MONEDA	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 674 / 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.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

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:

• Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.

• Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:

1. El trámite de vinculación como consumidor financiero.

2. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.

3. 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.

4. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.

5. El control y la prevención del fraude.

6. La liquidación y pago de siniestros.

7. En general, la gestión integral del seguro contratado.

8. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.

Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.

Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.

9. 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.

10. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.

11. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.

12. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.

13. 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 egare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.

14. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:

1. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.

2. 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.

3. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.

4. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a salud y a los datos biométricos.

9. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

10. 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.

11. 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.

12. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, 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.

13. 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 DÍA, 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

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

[Handwritten Signature]

 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:

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

Vínculo/Relación

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

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: INTERVENCIÓN	Versión	4
		Fecha	14/09/2022
		Código	IN-F-13

PROCURADURÍA DELEGADA CON FUNCIONES MIXTAS 4 PARA ASUNTOS CIVILES. CENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN Código No. 3284	
Solicitud de Conciliación No.	167 E-2024-144460
Convocante (s)	ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA
Convocado (a) (s)	DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
Fecha de Solicitud	26 de febrero de 2024
Objeto	Pago de perjuicios
Fecha de la audiencia	1 de abril de 2024

En Medellín, el día **1 de abril de 2024**, se da inicio a la diligencia programada para el día de hoy a las **2:00 p.m.**, con la presencia de **MARIANO BUSTAMANTE GARCÍA** identificado con cédula de ciudadanía número 1'144.033.977, en calidad de Conciliador adscrito al Centro de Conciliación de la *Procuraduría General de la Nación*, asignado como Conciliador en las presentes diligencias de Conciliación Extrajudicial en Derecho; audiencia que se realiza a través de reunión en la plataforma Microsoft Teams™, contando con previa aceptación de las partes de realizar la audiencia mediante plataformas electrónicas. Una vez agotado el respectivo trámite y en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 64 de la Ley 2220 de 2022 y demás normas concordantes

ANTECEDENTES

1.- El día 19 de febrero de 2024, **ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA** identificada con cédula de ciudadanía número 1.020.451.893, mediante apoderada, promovió trámite de audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación.

Parte Convocada: **DROGUERIA MULTIDROGAS JEN** con número de matrícula 21-454856-02
EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS, identificada con cédula de ciudadanía número 52367751

	<p align="center">FORMATO: ACTA DE ACUERDO</p> <p align="center">PROCESO: INTERVENCIÓN</p>	Versión	4
		Fecha	14/09/2022
		Código	IN-F-13

**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO** identificada con NIT: 860.028.415-5

2.- Aceptada la solicitud de conciliación, el conciliador asignado para llevar a cabo la audiencia fijó como fecha y hora para la celebración de la misma por medios virtuales a través de la plataforma Microsoft Teams™, el día **1 de abril de 2024** a las **2:00 p.m.**

3.- Fue remitida a la dirección de correo electrónico y/o física, según corresponda, de las partes convocante y convocada la respectiva citación, manifestando de manera expresa que la audiencia se llevaría a cabo por medios virtuales y solicitando a las partes que expresen su voluntad de que la audiencia se realice por este medio.

HECHOS

Manifiesta la apoderada de la parte convocante que el 12 de julio de 2023, ASTRID JULIANA RODRÍGUEZ MONTOYA, acudió a la DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN, establecimiento de comercio ubicado en el municipio de Bello (Antioquia) con la intención de adquirir un medicamento para la congestión nasal y el malestar general, donde fue atendida por EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS, quien le recomendó administrarse la "triple viral" que, según lo informado, se componía de diclofenaco, dexametasona y lincomicina, medicamentos que tienen presentación en ampollas independientes y que deben ser administrados de manera intramuscular en región glútea.

Que la convocante accedió a la administración del medicamento "triple viral", el cual fue administrado al interior de la DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN, por EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS.

Que la señora URIBE PLAZAS extrajo de cada ampolla el diclofenaco, dexametasona y lincomicina, y los mezcló una sola jeringa para luego ser administradas en una sola ocasión. El procedimiento de administración de medicamentos realizado por la convocada fue realizado con las previas técnicas de asepsia y administrado en el glúteo izquierdo de la convocante.

Que siete días después, ASTRID JULIANA RODRÍGUEZ MONTOYA inició con cuadro clínico de dolor local en el glúteo izquierdo, acompañado de calor y rubor, sensación urente, tumefacción, y picos febriles cuantificados de 38.9, síntomas que empeoraron los días siguientes.

	<p style="text-align: center;">FORMATO: ACTA DE ACUERDO</p> <p style="text-align: center;">PROCESO: INTERVENCIÓN</p>	Versión	4
		Fecha	14/09/2022
		Código	IN-F-13

Que el 23 de julio de 2023 ASTRID JULIANA RODRÍGUEZ MONTOYA acudió al Hospital Marco Fidel Suarez de Bello, donde se observó dolor intenso a la palpación, calor, rubor y una induración de 7 cm en el cuadrante superior del glúteo izquierdo. El 25 de julio de 2023 tuvo que asistir nuevamente al hospital mencionado y se encontró que su cuadro clínico había empeorado con diagnóstico de *"Absceso en cuadrante superior externo del glúteo izquierdo con tejido celular subcutáneo necrótico"*. Debido a los hallazgos se solicitó valoración por cirugía general para realizar drenaje quirúrgico a la convocante, así como la necesidad de continuar terapia intensiva con antibióticos de amplio espectro para el control de la infección.

Que ASTRID JULIANA RODRÍGUEZ MONTOYA contactó de manera personal a EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS, propietaria de la DROGUERÍA MULTIDROGAS JEN, para informarle sobre las complicaciones surgidas posterior a la administración de "la triple viral", a lo que se le indicó que debía presentar una carta para que su aseguradora responda por los daños y perjuicios ocasionados.

Que ASTRID JULIANA RODRÍGUEZ MONTOYA, ha sufrido una fuerte afectación moral, pasando por momentos de tristeza y angustia, generando en ella un enorme perjuicio moral lo cual le afectó en su desenvolvimiento cotidiano y en sus relaciones con su pareja y su hijo de dos (2) años de edad durante el tiempo de hospitalización que duró 21 días. Así mismo, además de los perjuicios morales también se vio afectada en su vida de relación.

PRETENSIONES

La solicitud se presentó a efectos de que las partes lleguen a un acuerdo conciliatorio en relación con las siguientes pretensiones:

El pago de perjuicios que ascienden a la suma de VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS (\$24'000.000).

Lo anterior, conforme a los hechos y pretensiones de la solicitud de audiencia de conciliación.

ASISTENCIA

Por la parte convocante Comparece de manera virtual **ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA** identificada con cédula de ciudadanía número 1.020.451.893, celular 319 564 94 60 dirección diagonal 59 # 32 -02 de Bello (Antioquia), correo electrónico: astridj.0216@hotmail.com.

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: INTERVENCIÓN	Versión	4
		Fecha	14/09/2022
		Código	IN-F-13

Comparece de manera virtual la doctora **KELLY YURANI VALENCIA OSORIO** identificada con cédula de ciudadanía número 1.035.855.983 y TP 355853 del CS de la J, celular 3162469568 dirección: Centro comercial La Estación - Local 204, Girardota - (Antioquia), correo electrónico: abogada.kellyvalencia@gmail.com, como apoderada de la parte convocante según poder allegado junto con solicitud de audiencia de conciliación.

Por la parte convocada: Comparece de manera virtual **EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS** identificada con cédula de ciudadanía número 52367751, celular 3042283739, dirección: Calle 77# 64 - 61, Bello (Antioquia) y correo electrónico: edithuepla@hotmail.com, en nombre propio y como propietaria de **DROGUERIA MULTIDROGAS JEN** con matrícula número: 21-454856-02, dirección: Calle 77 # 64 – 61 de Bello (Antioquia).

Comparece de manera virtual el doctor **IVAN VILLANUEVA MENDOZA** identificado con cédula de ciudadanía número 14223738 y TP 146.248 del CS de la J. correo electrónico cony563@hotmail.com, en calidad de apoderado de EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS según poder allegado al centro de conciliación.

Comparece de manera virtual la doctora **MARLYN KATHERINE RODRÍGUEZ RINCÓN**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.100.895.399 y TP. No. 396.414 del CS de la J., dirección avenida 6 A bis # 35 norte - 100 oficina 212, Centro Empresarial Chipchape de Cali y correo electrónico notificaciones@gha.com.co y mkrodriguez@gha.com.co, en calidad de apoderada sustituta de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** identificada con NIT: 860.028.415-5, dirección Cr 9 A # 99 - 07 Torre 3 Piso 14 de la ciudad de Bogotá D.C., y correo electrónico notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop, según poder allegado al centro de conciliación donde se sustituye a la abogada mencionada con iguales facultades.

TRÁMITE ACUERDO

El Conciliador ilustró a las partes sobre la naturaleza, efectos y alcances de la conciliación, les puso de presente las ventajas y beneficios y los invitó a formular las propuestas que estimaren pertinentes, tendientes a solucionar las diferencias planteadas, advirtiendo que la diligencia se encuentra amparada en el principio de confidencialidad contenido en el numeral 4° del artículo 4° de la Ley 2220 de 2022.

Luego de examinar las alternativas de arreglo presentadas por el Conciliador y cada una de las ofertas que cruzaron las partes como expresión de su libre autonomía negocial, llegaron al siguiente acuerdo como solución definitiva de sus diferencias, así:

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: INTERVENCIÓN	Versión	4
		Fecha	14/09/2022
		Código	IN-F-13

1. Las partes concilian por una única suma total y definitiva de SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$7'000.000.00), la cual **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** identificada con NIT: 860.028.415-5 pagará a **ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA** identificada con cédula de ciudadanía número 1.020.451.893, en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles contados a partir del recibo, en físico, de los siguientes documentos requeridos por la compañía para realizar el pago: a) Certificación bancaria de quien recibirá el pago, b) Copia de cédula de ciudadanía de la beneficiaria del pago, c) formulario SARLAFT diligenciado por la beneficiaria del pago, d) Desistimiento de la acción penal iniciada y e) Copia del Acta de Acuerdo Conciliatorio. Los anteriores documentos deberán radicarse de manera física en la siguiente dirección: avenida 6 A bis # 35 norte - 100 oficina 212, Centro Empresarial Chipichape de Cali (Valle) y en la siguiente dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co y mkrodriguez@gha.com.co.
2. El pago referido en el numeral anterior se deberá realizar mediante consignación bancaria a la Cuenta de Ahorros N° 329819960 del Banco AV Villas, a nombre de **ASTRID JULIANA RODRIGUEZ MONTOYA** identificada con cédula de ciudadanía número 1.020.451.893.
3. La parte convocante manifiesta expresamente que, con el presente acuerdo se declaran resarcidos todos los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales pasados, presentes o futuros, surgidos o a surgir de cualquier índole, y se compromete a que por estos mismos hechos no hará reclamación alguna ante cualquier jurisdicción frente a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** identificada con NIT: 860.028.415-5, **EDITH FABIOLA URIBE PLAZAS** identificada con cédula de ciudadanía número 52367751, **DROGUERIA MULTIDROGAS JEN** con matrícula número: 21-454856-02 y/o frente a cualquier tercero que eventualmente tuviere comprometida su responsabilidad frente a estos hechos, desistiendo de toda acción pasada o futura, de carácter civil, penal, administrativa o de cualquier otro tipo en contra de las personas anteriormente señaladas, toda vez que con este acuerdo se entienden satisfechas su pretensiones. En ese sentido, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de suscripción de la presente acta, la parte convocante presentará ante la Fiscalía 268 Local de Bello Antioquia, el desistimiento de la querrela que se tramita con SPOA 050016000248202358407.
4. Una vez cumplida la obligación aquí pactada, las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto relacionado con los hechos y pretensiones de la solicitud de audiencia de conciliación.

	<p align="center">FORMATO: ACTA DE ACUERDO</p> <p align="center">PROCESO: INTERVENCIÓN</p>	Versión	4
		Fecha	14/09/2022
		Código	IN-F-13

Se deja constancia que, las partes además de aceptar que se adelante esta audiencia por medios virtuales, han manifestado expresamente que le otorgan al acuerdo los efectos que prevé la ley y permiten la grabación del mismo en audio y/o video con el fin de que constituya mensaje de datos, conforme con el literal a del artículo 2° y los artículos 5° y 10° de la Ley 527 de 1999.

Teniendo en cuenta que, el anterior acuerdo pone fin a las pretensiones que motivaron la solicitud de audiencia de conciliación y que es aceptado recíprocamente por las partes, el Conciliador hace ver a los involucrados que este arreglo hace **TRÁNSITO A COSA JUZGADA** y que, en caso de incumplimiento, **EL ACTA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO**. Desde ya se requiere a las partes, para que informen por escrito a este Despacho el cumplimiento del anterior acuerdo conciliatorio.

Se hace constar que el acta fue aprobada en su integridad por cada uno de los asistentes sin presentar objeción a su contenido y forma, conforme con lo previsto en el artículo 7° de la Ley 527 de 1999. Las partes además manifiestan que, el acuerdo contenido en esta acta, fue expresión de su libre y espontánea voluntad.

Dada en Medellín, el 1 de abril de 2024.



MARIANO BUSTAMANTE GARCÍA
C.C 1'144.033.977
Conciliador