

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-153153 (NI 110) MAUREN OCAMPO MADRID

### ACUERDO No 041

<b>CENTRO DE CONCILIACIÓN</b> <b>CÓDIGO No. 3282</b> <b>PROCURADURÍA DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES</b>	
Solicitud de Conciliación	E-2024-153153 (NI 110)
Convocante	MAUREN OCAMPO MADRID
Convocado	JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE, EILBERT EFREN GUTIERREZ ATEHORTUA Y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C
Fecha de Solicitud	23 DE FEBRERO DE 2024
Asunto	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL AT

Santiago de Cali, cuatro (4) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en la fecha se da inicio a la audiencia virtual programada para hoy, siendo las ocho y treinta y siete (8:37) a.m., contando con la presencia del doctor JUSTO P. BERNAL GUTIERREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.728.661, asignado como Conciliador en las presentes diligencias de Conciliación, 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 veintitrés (23) de febrero de dos mil veinticuatro (2024) la Dra. HELEM LORENHEC RESTREPO RACINES, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.234.189.561 y T.P. No. 363.190 del C.S.J., actuando en calidad de apoderada de MAUREN OCAMPO MADRID, identificada con cédula de ciudadanía No. 66.838.182 de Cali, promovió trámite de audiencia de Conciliación ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, sede Cali.

2.- Parte convocada: JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE, EILBERT EFREN GUTIERREZ ATEHORTUA Y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

3.- admitida la solicitud de conciliación, se fijó como fecha y hora para la celebración de la audiencia el cuatro (4) de abril de dos mil veinticuatro (2024) a las ocho y treinta (8:30) a.m.. Se libraron y enviaron las respectivas comunicaciones de citación a las direcciones físicas y/o electrónicas aportadas por el convocante (s), manifestando de manera expresa que la audiencia se llevaría a cabo por medios virtuales a través de la plataforma Microsoft Teams™, conforme a la solicitud efectuada.

#### HECHOS

PRIMERO: En la fecha del dieciocho (18) de abril del año 2.023, desplazándose sobre la Carrera 321 con Calle 29, en la comuna 11 de la ciudad de Cali, mi poderdante MAUREN OCAMPO MADRID, se movilizaba en calidad de conductor de una bicicleta, momento en el cual, el señor JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE, identificado con tarjeta de identidad No. 94400846, conductor del vehículo automotor identificado con placa SWO359,

 <b>PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION</b>	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-153153 (NI 110) MAUREN OCAMPO MADRID

marca NISSAN, al no respetar la señal reglamentaria PARE, y aun teniendo la vía mi poderdante, la arrolló causándole lesiones personales de gravedad, razón por la cual se inició la investigación penal por parte de la FISCALÍA 42 LOCAL, con radicado No. 760016099165202381122, encontrándose activo hasta la fecha.

SEGUNDO: Se realiza reclamación formal para indemnizar integralmente a mi poderdante, por una pretensión total de VEINTITRÉS MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS \$23.619.677 valor que incluye Daño Emergente, Lucro Cesante, Daño a la Salud y Daño Moral, ante la póliza de SEGUROS EQUIDAD, en la fecha del veintitrés (23) de febrero del 2.024.

### PRETENSIONES

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

Conforme a los hechos, se pretende se repare a mi poderdante, mediante indemnización, en la cual se encuentran los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, producto de las lesiones personales causadas a la señora MAUREN OCAMPO MADRID, por parte del conductor del vehículo automotor de placa SWO359, marca NISSAN, señor JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE; tenemos conocimiento que, el vehículo en mención cuenta con póliza de responsabilidad civil extracontractual, con vigencia desde el 15/09/2022 al 15/09/2023, con Póliza de riesgo No. AA013373, de SEGUROS EQUIDAD, involucrado en el siniestro vial del dieciocho (18) de abril del año 2.023.

### PERJUICIOS PATRIMONIALES DAÑO EMERGENTE

(...)Dentro de los perjuicios patrimoniales encontramos el DAÑO EMERGENTE que son todos los emolumentos o gastos que se realizaron por parte de la víctima y/o sus familiares quien la apoyaron económicamente, posterior y en consecuencia exclusiva al accidente de tránsito, lo anterior para atender la calamidad y los eventos que se deriven del daño imprevistos, tuvo varios gastos por concepto de transporte, teniendo en cuenta que mi poderdante es una mujer cabeza de hogar de bajos recursos y su único medio de transporte era su bicicleta, y posterior a la fractura de ligamentos en su rodilla izquierda, no podía movilizarse en bicicleta, en moto o en el transporte masivo MIO, por lo que tuvo que recurrir al servicio particular TAXI, para poder transportarse más segura y cómoda, sin correr el riesgo de alguna caiga o que alguien más la lastima, por lo que a continuación hacemos relación de los gastos;

Se anexa comprobante recibos, debidamente firmados por el señor JULIO CESAR CUENCA MELENDEZ, quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 16.603.148 expedida en Cali, conductor del vehículo de servicio público TAXI de placa VCL078, quien transporto a mi poderdante durante el tiempo que no contó a contado como valerse por sus propios medios para transportarse por el momento debido a su limitación y dificultad para caminar, ahora bien, los traslados se realizaron para citas médicas, asistencia a terapias, controles, curaciones entre otros destinos, aportando como material probatorio copia de cédula y tarjeta de propiedad del vehículo, tarjeta de operación del TAXI y copia de licencia de conducción del conductor.

A continuación, se relacionan las fechas y el valor por concepto de traslado en TAXI:

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	Versión	5
		Fecha	20/01/2023
		Código	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-153153 (NI 110) MAUREN OCAMPO MADRID

TOTAL	\$1.231.000
-------	-------------

Obteniendo un total de gastos por concepto de transporte por un valor de UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS (\$1.231.000).

Indexación:

(...)

Para obtener un total de daño emergente UN MILLÓN CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTE SIETE PESOS (\$1.487.627) M/C.

#### LUCRO CESANTE.

En segundo lugar, cabe incluir dentro de los perjuicios patrimoniales el LUCRO CESANTE, el cual representa las sumas que deja de percibir la víctima como consecuencia de su incapacidad médica para laborar durante estos ciento cincuenta (150) días, incapacidad obligatoria para su recuperación física y la cual le impidió realizar sus labores con normalidad después de la grande y grave lesión física que se le causó en razón y consecuencia exclusiva al siniestro vial, luego del hecho dañoso ocasionado por el señor JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE; es de aclarar que mi poderdante, señora MAUREN OCAMPO MADRID, es una persona independiente, quien se hace cargo de sí misma y su manutención, desempeñando la actividad VENDER AREPAS, que ella misma prepara, tal como la víctima lo indica a través de declaración juramentada ante la NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI, adjuntando igualmente a la presente reclamación copia del certificado suscrito por contador público ANDRES MAURICIO MOSQUERA QUIÑONEZ, identificada con C.C 1.144.026.901 y T.P 230993, donde certifica que mi poderdante desempeñando dicha actividad comercial, al momento del siniestro devengaba un Salario Promedio de NOVECIENTOS MIL PESOS (\$900.000) teniendo en cuenta lo anterior, la liquidación se realiza con base a lo expuesto y los días de incapacidad médica sustentados anteriormente.

(...)

TOTAL, LUCRO CESANTE CONSOLIDADO TRECE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CINCUENTA PESOS M/C \$13.632.050.

#### PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DAÑO A LA SALUD

En tercera medida el DAÑO A SU SALUD, conformando un perjuicio inmaterial, el cual fue causado a mi poderdante en consecuencia exclusiva al siniestro vial, poniendo en riesgo su integridad personal y física tal como se evidencia en el Historial Clínico adjunto al presente documento; consecuente a lo anterior, este daño a la salud es producto del siniestro vial ocasionado por el señor JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE, al encontrarse en calidad de conductor del automotor de placa SWO359, con la cual invadió el carril de mi poderdante y lo arrolló brutalmente, ahora bien como sustento de la lesión física, obtenemos el Historial Clínico completo, expedido por el centro médico CLÍNICA SANTA CLARA, y los demás centro médicos a los cuales consultó la víctima posterior al llegar la cuenta del SOAT en ceros, donde se aporta información de vital importancia en cuanto a la lesión, y el registro del estado de salud en el que llegó mi poderdante, donde resaltó como anotación importante, lo siguiente;

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	Versión	5
		Fecha	20/01/2023
		Código	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-153153 (NI 110) MAUREN OCAMPO MADRID

La víctima presentó inicialmente *POLITRAUMA CON RECIBE TRAUMA EN CADERA IZQUIERDA, RODILLA IZQUIERDA, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DE ÁREAS AFECTADAS, LACERACIONES Y EDEMA EN CADERA IZQUIERDA Y RODILLA IZQUIERDA*, adicionalmente presentando *FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA, FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDO*, dicha cirugía requirió intervención quirúrgica de urgencia *EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA CON MARCADA DEFORMIDAD, LIMITACIÓN FUNCIONAL, DOLOR, INESTABILIDAD MARCADA ARTICULAR DE RODILLA, SE REVISAN IMÁGENES CON FRACTURA COMPLEJA DE PLATILLOS, CON COMPROMISO DE PLATILLO CON DESPLAZAMIENTO Y DEPRESIÓN DE SUPERFICIE ARTICULAR CON SIGNOS DE LESIÓN DE MENISCO LIGAMENTO COLATERAL LATERAL, ADICIONAL FRACTURA DE PLATILLO POSTEROMEDIAL INESTABLES DESPLAZADOS*, cirugía la cual posiblemente podría presentar complicaciones de conformidad con lo manifestado por los profesionales médicos dentro del historial clínico teniendo en cuenta que podría *INCLUIR COMPLICACIONES TEMPRANAS Y MEDIANO PLAZO COMO ARTROSIS TEMPRANA DE RODILLA*, igualmente la víctima posterior a la cirugía tuvo que desplazarse con la ayuda y apoyo de muletas, teniendo en cuenta de los tornillos internos los cuales fueron introducidos para corregir la compleja fractura, ahora bien, mi poderdante también tuvo que ayudarse con CAMINADOR, ya que se le dificulta enormemente apoyar ambos pies, y desplazarse para ella era un gran esfuerzo físico.

Se cita igualmente la última valoración de mi poderdante ante Medicina Legal donde se determinó como secuelas definitivas una *DEFORMIDAD FÍSICA QUE AFECTA EL CUERPO DE CARÁCTER PERMANENTE*, dejando así constancia de la secuela médico legal irreversible que se le ocasionó a mi poderdante en consecuencia exclusiva al accidente de tránsito ya anteriormente mencionado y probado dentro de la reclamación, y de conformidad con la incapacidad médica mas alta siendo los ciento cincuenta (150) días asignados por Medicina Legal, se calcula y liquida la pretensión por el daño a la salud y vida en relación, con ocasión al dolor físico y daño corporal al que fue sometida la víctima posterior al siniestro, de conformidad con la siguiente indexación;

(...)

PARA OBTENER UN TOTAL POR CONCEPTO DE DAÑO A LA SALUD, POR UN VALOR DE CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000), M/C.

#### DAÑO MORAL

En cuarta medida cabe incluir el DAÑO MORAL, como perjuicio inmaterial, relacionado con el sufrimiento causado a la víctima, MAUREN OCAMPO MADRID, teniendo en cuenta la situación en la que se vio expuesta posterior al siniestro.

El daño moral tiene relación y fundamento en el dolor y/o padecimiento que se causó luego del hecho dañoso, como lo fue el siniestro vial, siendo lo anterior lo que ocasionó no solo la Lesión Física a mi poderdante, sino también una grieta emocional al verse sometida en esta situación desafortunada, teniendo en cuenta que con esto, se ocasionó un dolor físico, aflicción y en general sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra entre otros, que invaden a la víctima directa de este daño antijurídico, quien se encontraba en perfectas condiciones antes del siniestro vial y quien ahora lleva consigo marcar de por vida en su rostro y cuerpo.

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-153153 (NI 110) MAUREN OCAMPO MADRID

PARA OBTENER UN TOTAL POR CONCEPTO DE DAÑO MORAL, POR UN VALOR DE CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000), M/C.

En este orden de ideas por lo anterior, es necesario que se reconozca como indemnización y en compensación una suma de dinero que de algún modo haga más llevadero la situación en la cual se vio expuesta la víctima MAUREN OCAMPO MADRID, donde se involucró su salud e integridad física, emocional y moral, al igual que un daño económico, por ser víctima de este accidente.

PERJUICIOS DE NATURALEZA PATRIMONIAL: DAÑO EMERGENTE \$1.487.627.

PERJUICIOS DE NATURALEZA PATRIMONIAL: LUCRO CESANTE \$13.632.050.

PERJUICIOS DE NATURALEZA INMATERIAL: DAÑO A LA SALUD \$4.500.000.

PERJUICIO DE NATURALEZA INMATERIAL: DAÑO MORAL \$4.000.000

TOTAL, A PAGAR: VEINTITRÉS MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS \$23.619.677.

.CUANTÍA ESTIMADA POR UN VALOR TOTAL DE VEINTITRÉS MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS \$23.619.677.

#### ASISTENCIA

Por la parte **Convocante** MAUREN OCAMPO MADRID, identificada con cédula de ciudadanía No. 66.838.182 con su apoderada Dra. HELEM LORENHEC RESTREPO RACINES, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.234.189.561 y T.P. No. 363.190 del C.S.J., se reconoce personería jurídica.

Por la parte convocada asistió: Dra. CAMILA ANDREA CARDENAS HERRERA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085.332.415 de Pasto y T.P. No. 368.057 del C.S.J. actuando en calidad de apoderada de La Equidad Seguros Generales O.C se reconoce personería jurídica.

No asistió: JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE y EILBERT EFREN GUTIERREZ ATEHORTUA

#### TRÁMITE

El Conciliador ilustró a las partes sobre la naturaleza, efectos y alcances de la conciliación, les puso de presente sus ventajas y beneficios y los invitó a formular las propuestas que estimen pertinentes, tendientes a solucionar las diferencias planteadas, advirtiendo que la diligencia se encuentra amparada en el principio de confidencialidad contenido en el 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, llegan al siguiente acuerdo conciliatorio como solución definitiva a sus diferencias, así:  
**PRIMERO:** La convocada La Equidad Seguros Generales O.C, se compromete a reconocer y cancelar a la convocante el valor de doce millones de pesos de pesos ( \$ 12.000.000) como pago único y definitivo, a manera de indemnización integral de todos los daños y perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales, presentes y futuros, daño a la salud, intereses moratorios, indexaciones, honorarios de Abogados y demás, que surjan y puedan surgir con ocasión del accidente de tránsito objeto de la presente conciliación.

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b> 5
		<b>Fecha</b> 20/01/2023
		<b>Código</b> IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-153153 (NI 110) MAUREN OCAMPO MADRID

SEGUNDO: El pago se realizará previa radicación, ante la aseguradora, de manera física a la Dirección Avenida 6.Abis # 35N-100 oficina 212 Centro Empresarial Chipchape y electrónica a los correos [ccardenas@gha.com.co](mailto:ccardenas@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) del formato sarlaft debidamente diligenciado; certificación bancaria; fotocopia de la cédula de ciudadanía al 150%, desistimiento de la acción penal, formato de autorización de pago y de la presente acta de conciliación, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes mediante transferencia bancaria a la cuenta de ahorros No. 912-431214-99 de Bancolombia, a nombre de la Dra. Helem Lorenhec Restrepo Racines, conforme la autorización que se realiza en audiencia por la convocante Mauren Ocampo Madrid.

TERCERO: la convocante manifiesta que, de conformidad al presente acuerdo conciliatorio, Una vez recibido el pago acordado, se entenderá ocurrido el resarcimiento que constituye la indemnización integral de todos y cada uno de los perjuicios sufridos y, por ello, desisten de la acción penal No. 760016099165202381122 de la Fiscalía 42 local de Cali y renuncia a iniciar, contra los aquí convocados cualquier acción civil, administrativa y de cualquier índole que tenga fundamento o relación, en los hechos objeto de la presente conciliación.

Teniendo en cuenta que el anterior acuerdo conciliatorio 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 las partes manifestaron estar de acuerdo que la presente audiencia se realice por medios virtuales; que 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; así mismo, se deja constancia que el conciliador leyó a las partes el acta en su integridad y ninguna presentó objeción a su contenido y forma, manifestando que el acuerdo fue expresión de su libre y espontánea voluntad y así lo hacen constar mediante su aceptación verbal, de lo cual queda constancia en la grabación que el conciliador efectúa.

**La presente es primera copia tomada del original y presta merito ejecutivo**



JUSTO PASTOR BERNAL GUTIERREZ  
 Director Centro de Conciliación Civil y Comercial

Señores,  
**FISCALÍA 42 LOCAL**  
Cali- Valle.

**REFERENCIA: PROCESO PENAL**  
**DELITO: LESIONES CULPOSAS EN A/T**  
**INDICIADO: JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE**  
**VÍCTIMA: MAUREN OCAMPO MADRID**



**RADICACIÓN: 760016099165202381122**

**MAUREN OCAMPO MADRID**; vecina de esta ciudad, mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. 66.838.182, expedida en Cali (Valle), manifiesto que de manera voluntaria, libre y consciente **DESISTO** de toda acción de carácter penal, civil, administrativa y policiva en contra del señor **JUADER ALBERTO VILORIA ADARVE** y **SEGUROS EQUIDAD** en calidad de conductor y la compañía de seguros respectiva del vehículo de placa **SWO359** o de cualquier otra persona natural o jurídica que directa o solidariamente deberían responder, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrió el día dieciocho (18) de abril del año 2.023, en el cual resulte lesionada.

El anterior desistimiento lo hago debido a que no es nuestro deseo continuar con el proceso penal, civil administrativo y policivo, por las lesiones que presente al momento del accidente, toda vez que se ha indemnizado de manera integral.

Para constancia de todo lo anterior se firma a los 04 días del mes de abril del año 2024.

Atentamente,

*Mauren Ocampo M.*

**MAUREN OCAMPO MADRID**

**CC 66.838.182**

**Lesionado.**



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



COD 20220

udad de Cali, Departamento de Valle Del Cauca, República de Colombia, el cinco (5) de abril de dos mil  
tro (2024), en la Notaría tercera (3) del Círculo de Cali, compareció: MAUREN OCAMPO MADRID,  
ado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0066838182 y declaró que la firma que aparece en el presente  
nto es suya y el contenido es cierto.

20220-1

Mauren Ocampo M.



d4f4e9f838

05/04/2024 10:03:33

----- Firma autógrafa -----

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

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

sta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: DESISTIMIENTO rendida por el  
mpareciente con destino a: SEÑORES: FISCALIA 42 LOCAL, CALI-VALLE.



JORGE ENRIQUE CAICEDO ZAMORANO  
Notario (3) del Círculo de Cali, Departamento de Valle Del Cauca  
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>  
Número Único de Transacción: d4f4e9f838, 05/04/2024 10:04:06



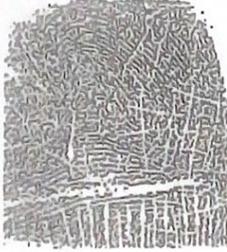
**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.838.182**

**Ocampo Madrid**  
APELLIDOS

**MAUREN**  
NOMBRES

*Mauren Ocampo Madrid*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-MAR-1972**

**CALI**  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50** **B+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**30-NOV-1990 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-3100104-65159392-F-0066838182-20070829 0025807241N 02 242777986

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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	5	4	2024

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ocampo	Madrid	Mauven	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OT. <input type="checkbox"/>	NÚMERO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
<input checked="" type="checkbox"/>	66838182	cali	30 Nov 1990
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	
24 marzo 1977	colombiana	Ventade arepas	
ESTADO CIVIL	CASADO <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS	ESTRATO
		2	1
TIPO DE ACTIVIDAD	ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		Ventade arepas	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO	
CUIDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO	FAX
cali	cra 38 # 52-22	3128926590	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CUIDAD DE RESIDENCIA	
cra 38 # 52-22		cali	
TELEFONO	CELULAR	EMAIL	
	312 892 6590	mauvenom72@gmail.com	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
DATOS OFICINA PRINCIPAL DIRECCIÓN		CUIDAD	TELEFONO
PAG. WEB		FAX:	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA DIRECCIÓN		CUIDAD	TELEFONO:
			FAX:
TIPO DE EMPRESA:			
PÚBLICA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>
PRIVADA <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>
MIXTA <input type="checkbox"/>		TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>
OTRA: _____			
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL			

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE 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	\$ 900.000	ACTIVOS	\$ 500.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 650.000	PASIVOS	\$ 0
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
2023	civil - extrarcont	seguro equidad	\$ 2.000.000	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

**6. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).	EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

**7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO**

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

Mauven Ocampo Madrid  
 FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL. C.C. 66838182

  
 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: _____	

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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	5	4	2024

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO: Restrepo SEGUNDO APELLIDO: Rauner PRIMER NOMBRE: Helem SEGUNDO NOMBRE: Lorence

C.C.  C.E.  T.I.  O.T.  NÚMERO: 7234189561 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: Cal FECHA DE EXPEDICIÓN: 21/09/2015 SEXO  M  F

FECHA DE NACIMIENTO: 14/08/1997 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Abogada

ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTERO  SEPARADO  VIUDO  N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO  ESTUDIANTE  AMA DE CASA  RENTISTA  PENSIONADO  INDEPENDIENTE  ACTIVIDAD ECONÓMICA: litigante

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

CUIDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 8 # 9-63 Ofic 603 CIUDAD DE RESIDENCIA: Cal

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: 3154977073 EMAIL: orenv231@hotmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?  SI  NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P.  COF  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: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

PAG WEB: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ 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 MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR 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: \$ 2.000.000 ACTIVOS: \$ 10.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 7.500.000 PASIVOS: \$ 200.000

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
<u>2023</u>	<u>civil extracontractual</u>	<u>Seguros Equidad</u>	<u>12000000</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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): abogada litigante
- 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 oportunamente.
- 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 a la 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 derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

**6. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

PERSONA NATURAL PERSONA JURÍDICA

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO) EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

**7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO**

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 7234189561

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: \_\_\_\_\_

# Certificación Bancaria



Viernes, 5 de abril de 2024

**Señores:**

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **HELEM LORENHEC RESTREPO RACINES** identificado(a) con CC. **1234189561** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	912-431214-99	2022/10/09	Activa

\*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Escribiémosle a: Bogotá

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón  
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.234.189.56 i

RESTREPO RACINES

APELLIDOS

HELEM LORENHEC

NOMBRES

Lorenhec Restrepo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1997

CALI  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

161  
ESTATURA

O+  
G S RH

F  
SEXO

21-SEP-2015 CALI  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-3100150-00779189-F-1234189561-20151222

0047836849A 1

45164469


**AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR  BENEFICIARIO  INTERMEDIA  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	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	FECHA EXPEDICION
DIRECCION	CIUDAD	DEPARTAMENTO
TELEFONOS	FAX	CELULAR

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	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD

**RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS**

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

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
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 a los 15 del mes de abril de 2024

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

 VERIFICADO  
 IMPRESIONADO  
 DE COLOMBIA
