

Itagüí, enero 22 de 2025.

Doctora

VALERIA SUÁREZ LABRADA

Avenida 6 A Bis No. 35N – 100, oficina 212, Cali – Valle del Cauca.

E.S.D.

ASUNTO: RADICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO.

LUIS MIGUEL LÓPEZ RAMÍREZ, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía número 1.036.657.692, portador de la tarjeta profesional números 292.355 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderado de la señora **MARIA LIRIA LÓPEZ DE HERRERA**, identificada con cédula de ciudadanía número 21.418.170, comparezco ante su Despacho para radicar los siguientes documentos:

- Acta de conciliación celebrada ante la Fiscalía 176 Local de Itagüí.
- Certificación bancaria.
- Copia de mi cédula de ciudadanía.
- Autorización para pago por y transferencia electrónica.
- Sarlaft.

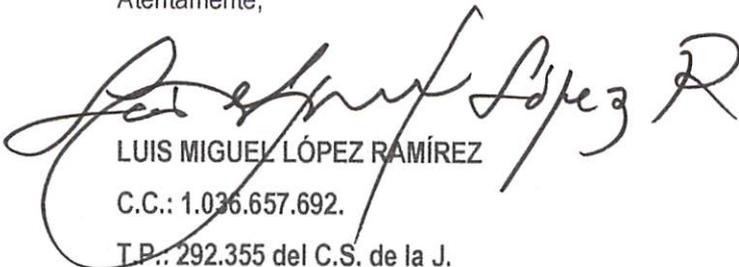


NOTIFICACIONES

El suscrito las recibirá en: Carrera 51 No. 52 – 19, oficina 102, edificio Chatinoga, Itagüí – Antioquia.

Teléfono: 277 92 31 – 315 277 73 49. Correo electrónico: lrutigioyconsultoria@gmail.com

Atentamente,


LUIS MIGUEL LÓPEZ RAMÍREZ
C.C.: 1.036.657.692.
T.P.: 292.355 del C.S. de la J.

		
servientrega Mundo de Soluciones		
El documento que compone el presente envío fue cotejado con el presentado por el interesado o remitente, siendo idénticos. El interesado o remitente exonera de responsabilidad a SERVIENTREGA por la veracidad de la información contenida en los documentos que componen la guía.		
No. 9 1 7 9 7 1 3 1 8 2		
Fina	# folios	# anexos
<input type="checkbox"/> Notificaciones	—	—
<input type="checkbox"/> Citaciones a diligencias varias	—	—
<input type="checkbox"/> Otros Documentos Legales	—	—
Los anexos no son cotejables		

	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F-21
	CONSTANCIA	Versión: 02 Página 1 de 1

Departamento Antioquia Municipio ITAGUI Fecha 20/01/2025

1. Código único de la investigación:

0	5	0	0	1	6	0	9	9	1	6	6	2	0	2	0	5	6	2	7	5
Dpto.		Municipio		Entidad		Unidad Receptora					Año			Consecutivo						

2. Descripción del asunto (indique brevemente los motivos de la constancia):

POR SOLICITUD VERBAL DEL APODERADO DE LA VICTIMA Y A FIN DE LOGRAR LA REPARACION DE LA VICTIMA, POR PARTE DE LA EMPRESA ASEGURADORA LA EQUIDAD, SOLICITO PARA ASIGNACION DE DILIGENCIA DE CONCILIACION PARA REALIZAR DOCUMENTO QUE FACILITARA EL TRAMITE INDEMNIZATORIO, SE FIJO COMO FECHA DE LA DILIGENCIA PARA EL 20/01/2025 ALAS 10 DE LA MAÑANNA A LA DILIGENCIA SE PRESENTARON DE MANERA MIXTA LAS PERSONAS QUE A CONTINUACION RELACIONO:

- MARIA LIRIA LOPEZ DE HERRERA CON CÉDULA 21418170 VICTIMA EN ESTAS DILIGENCIAS, QUE SE PRESENTO EN COMPAÑIA DE SU REPRESENTANTE LEGAL. ES DE INDICAR QUE SUS CONDICIONES DE SALUD SON DELICADAS NO PARTICIPA EN LA DILIGENCIA**
- DOCTOR LUIS MIGUEL LOPEZ RAMIREZ CON CC 1036657692 Y TP 292355 CSJ QUIEN SE LOCALIZA EN EL TELEFONO 3152777349 Y CORREO LUISMIGUELLR@HOTMAIL.COM**
- DOCTOR JUAN CARLOS CASTRO PUERTA CON CC 15425429 Y TP 38729 CSJ QUIEN SE PRESENTA POR LA EMPRESA ALIANZA MEI PROPIETARIOS SAS Y EL SEÑOR LIUOIS FERNANDO ESTRADA TORRESM, EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEWGAL DE LA MENCIONADA EMPRESA, QUIEN CONFUIERE PODER AL APODERADO ANTES ENUNCIADO Y SOLICITA EL RETIRO DE LA DILIGENCIA CORREO ELECTRONICO MEIC4SAS@GMAIL.COM**
- DRA VALERIA SUAREZ LABRADA POR LA COMPAÑIA EQUIDAD SEGUROS VSUAREZ@GHA.COM.CO**

A LA DILIGENCIA NO SE PRESENTO EL QUERELLADO NO OBSTANTE ESTAR CONVOCADO DE MANERA REAL. NO PRESENTA EXCUSA VALIDA SOBRE LA INASISTENCIA

PERO ATENDIENDO QUE ENTRE LA VICTIMA Y LA COMPAÑIA DE TRANSPORTE Y ASEGURADORA SE ALLEGO A UN ACUERDO QUE SERA PLASMADO A CONTINUACION SE HACE ESTE DOCUMENTO A FIN DE LOGRAR LA REPARACION



SEGUROS SERVIENTREGA
 Soluciones de Seguros

El documento que acompaña el presente envío es una copia del presentado por el interesado, el cual ha sido verificado y es idéntico al original.

El interesado es responsable de la verificación de la información contenida en el documento presentado por el interesado, de acuerdo con la guía de diligencias.

Tipo	Nº Folios	Nº Anexos
<input type="checkbox"/> Documentos Legales	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otros Documentos Legales	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otros Documentos Legales	_____	_____

Los anexos no son cotejables

	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F-21
	CONSTANCIA	Versión: 02 Página 1 de 1

2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% de LUIS MIGUEL LÓPEZ RAMÍREZ
3. Certificación de existencia de la cuenta bancaria de titularidad de LUIS MIGUEL LÓPEZ RAMÍREZ
4. CONSTANCIA DE CONCILIACION .

TERCERO: Una vez allegados los documentos en su integridad y en los términos indicados, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. contará con el plazo de 20 días hábiles para realizar el pago de la suma de dinero referida. La recepción completa de los documentos indicados en los numerales 1, 2, 3, Y 4 , constituye una condición suspensiva para la exigibilidad del pago, por tal razón, hasta que éstos no sean allegados debidamente y en su totalidad, no podrá verificarse pago alguno por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

CUARTO: LA CONVOCANTE de forma voluntaria y libre de todo apremio y presión, bajo la gravedad de juramento, manifiestan que autorizan que el pago del dinero que les corresponde por la indemnización y reparación integral que cancelará LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. sea efectuado a nombre de su apoderado LUIS MIGUEL LÓPEZ RAMÍREZ identificado con cédula de ciudadanía Nro. 1.036.657.692 y tarjeta profesional Nro. 292.355 del C.S. de la J.

QUINTO: 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 por aquellos, éste hecho dará lugar a que se extinga por esa causa, cualquier acción penal, civil, administrativa o de otra índole que pueda iniciarse o se hubiere iniciado en contra de los convocados o con motivo de los hechos que dieron origen a esta conciliación.

SEXTO: LA CONVOCANTE, bajo la gravedad de juramento, manifiestan expresamente que son los únicos con derecho a ser resarcidos y las únicas personas que podrían reclamar una indemnización, a raíz del accidente de tránsito que nos convoca a esta diligencia, y afirman que saben que no existen otras personas que puedan alegar derecho alguno o que tengan derecho a reclamar una indemnización por el accidente o con ocasión del acuerdo del resarcimiento aquí reconocido; declaración ésta en virtud de la cual LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., acepta y celebra este acuerdo. En virtud de ello, LA CONVOCANTE se comprometen a responder con su propio peculio, ante la eventual aparición de personas que aleguen y puedan acreditar tener algún derecho que se derive del accidente de tránsito que hoy se concilia, de manera que LA CONVOCANTE garantizan que ellos serán quienes indemnicen a esas personas que eventualmente se presenten.

 FISCALIA <small>GENERAL DE LA NACIÓN</small>	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F-21
	CONSTANCIA	Versión: 02 Página 1 de 1

SÉPTIMO: LA CONVOCANTE manifiestan que por medio del presente acuerdo desisten de toda acción civil, penal, administrativa por los hechos objeto de la presente conciliación y de cualquier índole que tengan relación con los mismos, en favor de los convocados **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., ALIANZA MEI EMPRESAS S.A.S., RAMIREZ HERRERA EFRAIN, y LUIS FERNANDO USQUIANO GALÓN.**

SE LEE Y FIRMA POR QUIENES EN ELLA INTERVINIERON


 Por/ María L. Herrera L.
 MARÍA LIRIA LOPEZ DE HERRERA


 DR LUIS MIGUEL LOPEZ


 DR JUAN CARLOS CASTRO PUERTA

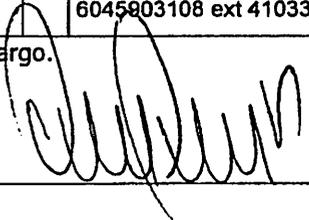
Valeria Suárez L.
 DRA VALERIA SUAREZ LABRADA

LA DILIGENCIA SE FIRMA Y TEMINA SIENDO LAS 1134 DE LA MAÑANA

Datos del servidor:

Unidad	07	Especialidad	L O C A L	Código Fiscal	0176
Nombre y apellido del Fiscal:	OLGA CECILIA JARAMILLO RESTREPO				
Dirección:	CARRERA 52 No. 51 40, PISO 1, TORRE JUDICIAL EDIFICIO CAMI			Oficina:	
Departamento:	ANTIOQUIA		Municipio:	ITAGUI	
Teléfono:	6045803108 ext 41033		Correo olgac.jaramillo@fiscalia.gov.co		

Firma y cargo.



Certificado Bancario

Miércoles, 22 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS MIGUEL LOPEZ RAMIREZ identificado(a) con CC 1036657692, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31971999601	2017/02/06	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.


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	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
LUIS MIGUEL	LÓPEZ	RAMÍREZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICION
CC	1.036.657.692	14-02-2013
CIUDAD EXPEDICION	DEPARTAMENTO:	
ITAGÜÍ	ANTIOQUIA	
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
CARRERA 51 No. 52 - 19, OFICINA 102, EDIFICIO CHATANOGA	ITAGÜÍ	ANTIOQUIA
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:
277 92 31		315 277 73 49

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
31971999601			
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD	
BANCOLOMBIA	SURAMERICANA	MEDELLÍN	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

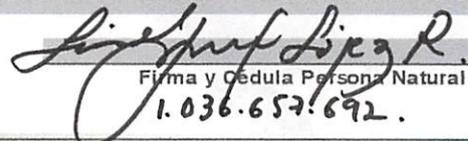
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
			CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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: luismiguellr@hotmail.com

 En constancia se firma en: ITAGÜÍ a los (22) del mes de ENERO de 2025

Firma del Representante Legal y Sello


 Firma y Cedula Persona Natural
 1.036.657.692.


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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	22	01	2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: **LÓPEZ** SEGUNDO APELLIDO: **RAMÍREZ** PRIMER NOMBRE: **LUIS** SEGUNDO NOMBRE: **MIGUEL**

C.C. C.E. T.I. R. OTI NÚMERO: **1.036.657.692** LUGAR DE EXPEDICIÓN: **ITAGÜÍ** FECHA DE EXPEDICIÓN: **14-02-2013** SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: **07-02-1995** NACIONALIDAD: **COLOMBIANA** OCUPACIÓN / PROFESIÓN: **ABOGADO**

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: **0** ESTRATO: **3**

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANT AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: **ABOGADO LITIGANTE**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: **INDEPENDIENTE** CARGO: _____

CIUDAD: **ITAGÜÍ** DIRECCIÓN: **CARRERA 51 No. 52 - 19, OFICINA 102, EDIFICIO CHATANOGA** TELÉFONO: **2779231** FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **CARRERA 47 No. 48-18, APTO 201** CIUDAD DE RESIDENCIA: **ITAGÜÍ**

TELÉFONO: **(604) 277 92 31** CELULAR: **3152777349** EMAIL: **luismiguellr@hotmail.com**

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SÍ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SÍ 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 MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS 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: \$ **5.000.000** ACTIVOS: \$ **200.000.000**

EGRESOS MENSUALES: \$ **4.000.000** PASIVOS: \$ **0**

OTROS INGRESOS: \$ _____ CONCEPTO OTROS INGRESOS: \$ **0**

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: **ABOGADO LITIGANTE**

- 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 obliga 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 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 todas sus partes.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran 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 EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMÁTICO).

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL. C.C. **1.036.657.692**

[Huella dactilar]

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: _____

servientrega

9179713182

CALI

VALLE F.P: **CON**

Pers1

Pers2 Pers3

REMITENTE: LUIS MIGUEL LOPEZ RAMIRTEZ
ITAGUI - ANTIOQUIA

TEL: 3152777349 - P. Admisión Física



\$ 0

DESTINATARIO: VALERIA SUAREZ LABRADA
D.I/NIT: 3156791343
TEL: 3156791343
DIR: AV 6 A BIS # 35N - 100 OFC 21

Imprimir por esta cara

DESTINATARIA:

VALERIA SUÁREZ LABRADA

Dirección: Avenida 6 A Bis No. 35N – 100, oficina 212, Cali – Valle del Cauca.

Teléfono: 315 679 13 43.

Correo electrónico: vsuarez@gha.com.co

REMITENTE:

LUIS MIGUEL LÓPEZ RAMÍREZ

Dirección: Carrera 51 No. 52 – 19, oficina 102, edificio Chatanoga, Itagüí.

Teléfono: 277 92 31 – 315 277 73 49.

G. HERRERA & ASOCIADOS

22 ENE 2025

Natalia

servientrega



SE0000074362994