



San Juan de Pasto, 24 de mayo de 2024

Radicación No:
Designación de Conciliador:
Área:
Reasignación de Conciliador:
Nombre: _____
Fecha: _____
Recibe:
N° de folios:

ESPECIALISTA:

MARIA ISABEL ARTEAGA ARTEAGA

DIRECTORA CONSULTORIO JURIDICO Y CENTRO DE CONCILIACION "SAN JUAN DE CAPISTRANO"

Universidad CESMAG

Cra. 20 a N.º 14 – 54. Pasto (N)

REF: SOLICITUD DE CONCILIACIÓN EN DERECHO

CONVOCANTE(S)

1. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES.

C.C. X o NIT No. 1.004.232.492

Dirección para notificación: Manzana 21 casa 14 barrio laureles

Correo electrónico: cristhianmorancortes@gmail.com Teléfono: 322 4154434

CONVOCADO(S)

1. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: COOPERATIVA NARIÑENSE DE TAXISTAS COONARTAX LTDA

C.C. o NIT X No. 891200539

Dirección para notificación: Cl. 2a Sur #3310, Pasto, Nariño

Correo electrónico: gerencia.coonartax@gmail.com Teléfono: 3106841557

2. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JAIRO FERNANDO JOSA

C.C. X o NIT No. Se desconoce

Dirección para notificación: Catambuco Sector Nazareth

Correo electrónico: Se desconoce Teléfono: Se desconoce

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: HERLIN JONNATHAN MENESES DELGADO

C.C. X o NIT No. 1.085.297.238

Dirección para notificación: Catambuco Sector Nazareth

Correo electrónico: meneses2606@gmail.com Teléfono: 3235829454

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES

C.C. o NIT X No. 950027707 0



DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS HECHOS:

PRIMERO: El pasado jueves 16 de junio del año 2023, siendo las 7:000 A.M, aproximadamente en la carrera 30ª con calle 12 del barrio San Ignacio, mi poderdante CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES, se trasportaba en su motocicleta de placas JSP91B rumbo a su lugar de trabajo, momento en el cual fue víctima de un accidente de tránsito en el que se vio afectada su salud, integridad personal y la motocicleta que conducía las siguientes características:

PLACA DEL VEHÍCULO: JSP91B
AKTLÍNEA: AK 125
MODELO: 2008
COLOR: GRIS TITAN
NÚMERO DE MOTOR: 157FMIFJ153651
NÚMERO DE CHASIS: LLCJPP2038E009434

SEGUNDO: El siniestro se ocasionó como consecuencia de la imprudencia generada por el conductor del vehículo de servicio público de placas SVQ546, de propiedad de HERLIN JONNATHAN MENESES DELGADO y conducido por el señor JAIRO FERNANDO JOSA, el cual, tras no acatar la señal de pare, genera una fuerte colisión con la motocicleta conducida por mi poderdante, que le ocasiona múltiples daños en su salud y un deterioro significativo en su patrimonio; afectaciones de las cuales se anexa evidencia fotográfica.

TERCERO: El vehículo de servicio público relacionado en el hecho anterior se encuentra afiliado a la COOPERATIVA NARIÑENSE DE TAXISTAS COONARTAX LTDA identificada con NIT número 891200539, y domiciliada Cl. 2a Sur #3310, Pasto, Nariño. Este vehículo se identifica con las siguientes características:

PLACA DEL VEHÍCULO: SVQ546
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO: 10019013716
ESTADO DEL VEHÍCULO: ACTIVO
TIPO DE SERVICIO: PÚBLICO
CLASE DE VEHÍCULO: AUTOMOVIL

CUARTO: Cabe resaltar, que, para la fecha del accidente, el conductor del vehículo antes reaccionado no contaba con la tarjeta de control vigente, hecho que logro evidenciarse en un primer acercamiento realizado ante la cooperativa Coonartax, dentro del cual no se logró llegar a un acuerdo conciliatorio.

QUINTO: Con ocasión al accidente relacionado, mi poderdante presentó una fractura en su clavícula izquierda lo cual le genero una incapacidad física de dos (02) meses, inhabilitándolo para trabajar y obtener los ingresos necesarios para su manutención dejando de percibir el monto mensual de UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$1.300.000), suma que, contabilizada por los dos meses dejado de trabajar, hacienden a la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (2.600.000).

SEXTO: A efectos de rehabilitarse de manera integral de los daños sufridos, mi poderdante tuvo que incurrir en gastos relacionados con el tratamiento completo de sus terapias físicas, sesiones que si bien, hasta la sesión número 20, fueron cubiertas por Celery a través del ADRES, las terapias siguientes comprendidas entre el periodo del 10 de julio de 2023 al 7 de agosto de 2023, equivalentes a veinte (20) sesiones, fueron realizadas de manera particular por la Fisioterapeuta Daniela Alejandra Cortes por el valor unitario de TREINTA MIL PESOS MCTE (\$30.000) por sesión, lo cual ascendido a la suma de SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$600.000).



OCTAVO: En cuanto a la motocicleta, el arreglo total producto de los daños generados por el accidente de tránsito ascendió a la suma de tres millones quinientos diez mil pesos mcte (\$3.510.000) discriminados de la siguiente manera:

CONCEPTO	VALOR
Casco shift 610 pro series	\$578.000
Arreglo sistema de instalación motocicleta	\$100.000
Arreglo y enderezada de chasis mes de parqueadero	\$680.000
Repuestos motocicleta akt 125 sport	\$2.152.000
TOTAL	\$3.510.000

NOVENO: La COOPERATIVA NARIÑENSE DE TAXISTAS COONARTAX LTDA en calidad de tomador, ha adquirido en favor del vehículo de placas SVQ546 y del asegurado HERLIN JONNATHAN MENESES DELGADO, la póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual para automóviles No. AA004631 con la EQUIDAD SEGUROS GENERALES., identificada con NIT. 860037707-9 y domiciliada en la CI 19 #16 # 30, Pasto, Nariño

NOVENO: En consecuencia, y en aras de evitar acudir a un proceso de responsabilidad civil extracontractual por los daños y/o perjuicios a mi poderdante; se eleva la presente solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial en derecho a efectos de hacer efectiva la póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual para automóviles No. AA004631 con con la ASEGURADORA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES y llegar a un acuerdo con los convocados con miras a reparar los daños y/o perjuicios ocasionados a mi mandante.

PRETENSIONES

PRIMERO. Se fije fecha y hora para llevar a cabo audiencia de conciliación a fin de llegar a un acuerdo conciliatorio con la COOPERATIVA NARIÑENSE DE TAXISTAS COONARTAX LTDA, representada legalmente por LUZ ALEXANDRA TORO WHITE, identificada con numero NIT 891200539; el señor **JAIRO FERNANDO JOSA**, conductor del vehículo de placas SVQ546; **HERLIN JONNATHAN MENESES DELGADO**, identificado con cedula de ciudadanía número 1.085.297.238 Y **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES**, empresa identificada con NIT 860.028.415-5, con sede en esta ciudad en cabeza de su representante legal NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA; con el fin de hacer efectivo el pago de los daños y perjuicios ocasionados a raíz del siniestro, que a la fecha ascienden a la suma de **ONCE MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS PESOS MCTE (\$11.224.700)** discriminados a continuación:

CONCEPTO	VALOR
Salario dejado de percibir	\$2.600.000
Terapias físicas particulares	\$600.000
Transporte y medicamentos	\$514.700
Reparación – daños a la motocicleta	\$3.510.000
Honorarios de representación y asesoría	\$4.000.000
TOTAL	\$11.224.700

CUANTÍA

Fijo el valor de la cuantía de mis pretensiones en la suma de **ONCE MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS PESOS MCTE (\$11.224.700)**

ANEXOS

Aporto en copia simple los siguientes documentos como anexos de los hechos relacionados:



8. Factura de venta por concepto de arreglo y enderezada de chasis.
9. Factura de venta, repuestos del valle, por concepto de arreglo del sistema eléctrico e instalación general.
10. Factura de venta – compra de medicamentos.
11. Factura de venta - Casco shaft 610 pro series
12. Constancia laboral Fish diseño y publicidad.
13. Copia de la cédula de ciudadanía de CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES.
14. Copia de la tarjeta de propiedad del vehículo placas JSP91B.
15. Memorial poder
16. Ficha socioeconómica diligenciada

COMPETENCIA

Es usted competente para conocer de este asunto, de conformidad con el párrafo del artículo 8º de la Ley 2220 de 2022 "Por medio de la cual se expide el Estatuto de Conciliación y se dictan otras disposiciones", a saber:

PARÁGRAFO. *Los centros de conciliación de los consultorios jurídicos universitarios no podrán atender casos de una cuantía mayor a los cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes.*

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundó la presente solicitud en la Ley 2220 de 2022 "Por medio de la cual se expide el Estatuto de Conciliación y se dictan otras disposiciones" y demás normas concordantes que regulan la Conciliación Extrajudicial en Derecho.

JURAMENTO

Manifiesto bajo juramento que no he registrado otra solicitud de conciliación, con los mismos hechos y pretensiones aquí consignados en otro Centro de Conciliación.

NOTIFICACIONES

Para efectos de notificaciones se pueden realizar en:

PARTE CONVOANTE: CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES.

- **Dirección de residencia:** Manzana 21 casa 14 barrio laureles
- **Número de teléfono personal:** 3224154434
- **Correo electrónico autorizado:** cristhianmorancortes@gmail.com

PARTE CONVOCADA 1: COOPERATIVA NARIÑENSE DE TAXISTAS COONARTAX LTDA

- **Dirección de residencia:** Cl. 2a Sur #3310, Pasto, Nariño
- **Número de teléfono personal:** 3106841557
- **Correo electrónico autorizado:** gerencia.coonartax@gmail.com

PARTE CONVOCADA 2: JAIRO FERNANDO JOSA

- **Dirección de residencia:** Catambuco Sector Nazareth
- **Número de teléfono personal:** Se desconoce
- **Correo electrónico autorizado:** Se desconoce

PARTE CONVOCADA 3: HERLIN JONNATHAN MENESES DELGADO

- **Dirección de residencia:** Catambuco Sector Nazareth
- **Número de teléfono personal:** 3235829454



APODERADO PARTE CONVOCANTE: CLAUDIA VANESSA MORA VILLOTA

- **Número de teléfono personal:** 316 2063024
- **Correo electrónico autorizado:** vanessamoravillota@gmail.com
- **Dirección:** Calle 20 número 26 15 centro

Atentamente;

CLAUDIA VANESSA MORA VILLOTA

C.C: 1.085.330.994

T.P: 369178

vanessamoravillota@gmail.com

Nota: Si la solicitud se realiza a través de Apoderado (Abogado), es suficiente que la solicitud de Conciliación sea firmada por él, adjuntando el poder para conciliar de acuerdo por lo reglado por el parágrafo único del artículo 58 de la Ley 2220 de 2022.

TÉRMINO PARA REALIZAR LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN: El inciso 2 del Artículo 60 de la Ley 2220 de 2022, establece que: "En todo caso, la conciliación extrajudicial en derecho tendrá que surtirse dentro de los tres (3) meses siguientes a la presentación de la solicitud. Las partes por mutuo acuerdo podrán prorrogar este término, hasta por tres (3) meses más." (Comillas fuera de texto)

TODOS LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL CENTRO DE CONCILIACIÓN SAN JUAN DE CAPISTRANO DE LA
UNIVERSIDAD CESMAG SON GRATUITOS
VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho

ANEXOS



CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS TRAUMEDICAL S.A.S
 CRA 37-18 - 79 BARRIO PALERMO - 8027244426
 NIT 814008170-4



HISTORIA CLINICA AMBULATORIO

No. H. C. 1004232492 - 200814 Fecha Ingreso 09/10/2023 11:24 Fecha Egreso

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	MORAN CORTES CHRISTIAN CAMILO	DOC. ID.	CC1004232492
LUGAR NAC.	SAN JUAN DE PASTO	FEC. NAC.	02/04/2000
E. CIVIL	SOLTERO (A)	EDAD	23 Años
Ocupación	NO SE TIENE INFORMACION	SEXO	MASCULINO
CIUDAD	SAN JUAN DE PASTO	BARRIO	Urbano (Urbano)
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 21 CASA 14 BARRIO LAURELES	TELÉFONO	3224154434
ESTRATO	BENEFICIARIO	GS - RH	O+
ACUDIENTE	EDGAR MORAN	TELÉFONO	3138225518
PARENTESCO	PADRE	REGIMEN	TOMADOR / AMPARADO SCAT
EMPRESA	LA PREVISORA S. A	G. POBLACIONAL	Otro grupo poblacional
ETNIA	MESTIZO	EPS	LA PREVISORA SA COMPAÑIA DE SEGUROS
ESCOLARIDAD	PROFESIONAL	ORIENTACION SEXUAL	
DISCAPACIDAD	NINGUNO		

MOTIVO CONSULTA: "TENGO CONTROL"
 ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL POSTOPERATORIO DE OSTEOSINTESES DE FRACTURA EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA 17/08/2023 EN MANEJO CON TERAPIAS FISICAS PARA REHABILITACION. AL MOMENTO SIN DOLOR

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLOGICO : Normal	12. OTRO : Normal

TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
QUIRURGICOS	OSTEOSINTESES POR FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA 09/10/2023
FAMILIARES	Negativo
FARMACOLOGICOS (CONCILIACION)	NO REFIERE 09/10/2023
ALERGICOS	NO REFIERE 09/10/2023
PATOLOGICOS	NO REFIERE 09/10/2023
TOXICOS	Negativo
GINECOLOGICOS	Negativo
NO REFIERE	Negativo

T.A	120/70	PULSO	72	F. RES.	20	T	36	PESO	54	TALLA	169	PC	0	SP02	90	IMC	17.91	RCV	
SINTOMATICO RESPIRATORIO	NO	SINTOMATICO DE PIEL	NO	SSNP	NO	PAM	88												
E. GENERAL BUENAS CONDICIONES GENERALES. SE ATIENDE PACIENTE BAJO PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA COVID-19																			

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : NORMOCEFALO	11. ABDOMEN : A LA PALPACION ES BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, AUSCULTACION RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES
2. OJOS : PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS ROSADAS, HUMEDAS	12. PELVIS : SIN ALTERACIONES
3. OIDOS : SIN HALLAZGOS	13. TACTO RECTAL : DIFERIDO
4. NARIZ : SIN HALLAZGOS	14. GENITOURINARIO : NORMOCONFIGURADO
5. BOCA : MUCOSA ORAL HUMEDA	15. EXTREMIDADES SUP : HOMBRO IZQUIERDO MOVILIDAD CONSERVADA SIN LIMITACIONES, REGION CLAVICULAR CON HERIDA QUIRURGICA CICATRIZADA, SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS, SIN DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL
6. GARGANTA : NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE INFECCION	16. EXTREMIDADES INF : SIN ALTERACIONES
7. CUELLO : SIMETRICO, MOVIL, SIN ADENOPATIAS	17. ESPALDA : SIN ALTERACIONES
8. TORAX : SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO SE EVIDENCIA TIRAJES INTERCOSTALES	18. PIEL : SIN ALTERACIONES
9. CORAZON : RITMICO, NO SE AUSCULTAN SOPLORS	19. ENDOCRINO : NORMAL
10. PULMON : MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREGREGADOS	20. SISTEMA NERVIOSO : CONCIENTE ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, GLABORUM 1819, ALERTA, ESTABLECE CONTACTO CON EL EXAMINADOR

DX PRINCIPAL: 8420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA CONFIRMADO REPETIDO
 TIPO DX: 02 - ACCIDENTE DE TRANSITO
 CAUSA EXTERNA: OSTEOSINTESES DE FRACTURA EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA
 DX CLINICO: PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTOPERATORIA SE DA ORDEN DE CONTROL EN 8 MESES CON RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA. PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES SIN RESTRICION

SOLICITUDES		FEC. A. HORA	CAN	PERSONAL
CODIGO	DESCRIPCION	09/10/2023 11:27	1	CANAL ALEGRIA EDUARDO ENRIQUE
83512	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	09/10/2023 11:27	1	CANAL ALEGRIA EDUARDO ENRIQUE
83080	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			



TrauMedical
CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS
La mano es el mundo
814 006 170-4

**CLINICA DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS
TRAUMEDICAL S.A.S**

CRA 37 18 - 79 BARRIO PALERMO - 6027244426

Nit 814006170-4

Cod. Habilitación 520010082901



ISO 9001

SC-CER-409519



INCAPACIDAD MEDICA

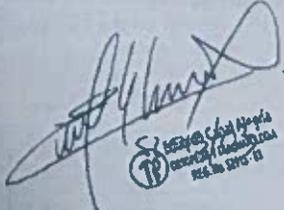
No. H. C.	1004232492	FECHA	01/07/2023	ADMISION	188812	CONSECUTIVO	88511
FECHA INGRESO	16/06/2023	FECHA SALIDA	17/06/2023	TIPO ATENCION	HOSPITALIZADO		
GRUPO SERVICIOS	INTERNACION			MODALIDAD DEL SERVICIO	INTRAMURAL		
ORIGEN INCAPACIDAD	COMUN	PRORROGA	NO	INC. RETROACTIVA	Urgencias o Internación Paciente		

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	MORAN CORTES CHRISTIAN CAMILO	DOC. ID.	CC1004232492
LUGAR NAC.	SAN JUAN DE PASTO	FEC. NAC.	02/04/2000
E. CIVIL	SOLTERO (A)	EDAD	23 Años
OCUPACIÓN	NO SE TIENE INFORMACION	SEXO	MASCULINO
CIUDAD	SAN JUAN DE PASTO	BARRIO	Urbano
DOMICILIO	MZ 21 CASA 14 BARRIO LAURELES	TELÉFONO	3224154434
REGIMEN	TOMADOR / AMPARADO SOAT	CAUSA EXTERNA	02 - ACCIDENTE DE TRANSITO
EPS	LA PREVISORA SA COMPAÑIA DE SEGUROS	DX PRINCIPAL	S400 DX REL
FECHA INICIO	17/06/2023	FECHA FIN	18/07/2023

Se expide la presente Incapacidad por TREINTA (30) día(s), debido a que el paciente presenta la siguiente patología:
PACIENTE DE UN POST OPERATORIO REDUCCION CERRADA DE FRACTURA A NIVEL DE ACROMION IZQUIERDO

Para constancia se firma el día sábado, 17 de junio de 2023


Dra. CANAL ALEGRIA EDUARDO ENRIQUE
REGISTRO NO. 82018-03 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
DOCUMENTO CC88399154

24/05/2024 09:15



PROCESO GESTIÓN DE DENUNCIAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN
FORMATO DE REMISIÓN AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Código: FGH-MP01-F-31

Versión: 03

Página: 1 de 3

(28 de junio de 2023)

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
(Ciudad/Municipio)

De conformidad con lo señalado en el artículo 204 de la Ley 906 de 2004, que establece el apoyo técnico-científico de su entidad, me permito solicitarle, se realice valoración a:

Nombres y apellidos	Christian Camilo Morán Cortés		
Tipo de documento de identidad	CC	Número de documento de identidad	1004232492
Sexo (Seleccione con una "X")	Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input checked="" type="checkbox"/>	
Identidad de género	Mujer <input type="checkbox"/>	Mujer trans <input type="checkbox"/>	Hombre <input checked="" type="checkbox"/>
	Otra <input type="checkbox"/>	Cuál: (Si seleccionó "otra")	
Nombre identitario (Para identidad de género trans)			
Edad	23	Teléfono	3224154434
Correo electrónico	cristhianmorancortez@gmail.com		
Dirección (Incluir barrio y ciudad/municipio)	Manzana 21 casa 14 barrio laureles		

Pertenece a alguna de las siguientes poblaciones		Si	No	x
Si respondió SI, especifique:				
Afrodescendiente	Afrodescendiente palenquero	Raizal	Gitano / Rom	
Indígena	Pueblo / comunidad indígena:			
Requiera interpretación lingüística	Si	No	Indique la lengua:	

Tiene alguna discapacidad		Si	No	x
Si respondió SI, especifique:				
Visual	Auditiva o del lenguaje	Sordoceguera	Física o motora	
Mental	Cognitiva o intelectual	Múltiple	Otra	
Si seleccionó otra, especifique cual:				
Requiera ajustes razonables	Si	No	Especifique ¹ :	

Aspectos para valorar (Señale con una "X")

Clínica forense	
x	Valoración integral de lesiones no fatales en clínica forense (Incluye violencia de pareja, contra niños, niñas adolescentes, personas adultas mayores, entre otras)
x	Relaciones medicolegales (Solo historia clínica)
	Abordaje médico legal de casos relacionados con responsabilidad en atención en salud (deberá anexar la historia clínica)
	Abordaje de clínica forense en la investigación de la violencia sexual
	Determinación clínica forense del estado de embriaguez aguda
	Estimación de edad en clínica
	Determinación clínica forense de estado grave por enfermedad, enfermedad muy grave incompatible con la vida en reclusión formal y estado de salud como causal de traslado en persona privada de la libertad

¹ Por ejemplo: acceso en silla de ruedas, intérprete de lengua de señas, etc.



CONTROL DE ASISTENCIA A FISIOTERAPIA

CÓDIGO:	VERSIÓN:
FO-FI-03	01
FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
01 de Marzo de 2023	
Página: 1 De 3	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:	CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1004232492	
DIAGNOSTICO:	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA			
TELEFONO:	3224154434-3136225516	ENTIDAD:	ADRES	
No. DE HISTORIA CLINICA:	1004232492		No. SESIONES:	20

No.	FECHA	HORA	No. DE FOLIO	FIRMA O HUELLA PACIENTE	FIRMA-TERAPEUTA
1.	08-08-23	5:30 5:55pm	1		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
2.	11-08-23	5:00 5:48pm	2		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
3.	14-08-23	5:00 6:45pm	3		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
4.	15-08-23	5:00 6:45pm	4		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
5.	16-08-23	5:00 5:45pm	5		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
6.	17-08-23	5:00 5:45pm	6		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
7.	19-08-23	5:00 5:43pm	7		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
8.	22-08-23	5:00 5:43pm	8		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
9.	23-08-23	5:00 5:45pm	9		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976
10.	24-08-23	5:00 5:45pm	10		Andrés Camilo Díaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLEFI 18976

24/05/2024 09



CONTROL DE ASISTENCIA A FISIOTERAPIA

CÓDIGO: FO-FI-03
VERSIÓN: 01
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 01 de Marzo de 2023
Página: 2 De: 3

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:	CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1004232492	
DIAGNOSTICO:	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA			
TELEFONO:	3224154434-3136225516	ENTIDAD:	ADRES	
No. DE HISTORIA CLINICA:	1004232492		No. SESIONES:	20

No.	FECHA	HORA	No. DE FOLIO	FIRMA O HUELLA PACIENTE	FIRMA TERAPEUTA
11.	25-08-23	5:00 5:45pm	11		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
12.	28-08-23	5:00 5:45pm	12		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
13.	29-08-23	5:00 5:45pm	13		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
14.	30-08-23	5:00 5:45pm	14		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
15.	31-08-23	5:00 5:45pm	15		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
16.	01-08-23	8:00 8:45 pm	16		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
17.	05-08-23	5:00 5:45 pm	17		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
18.	06-08-23	5:00 5:45pm	18		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
19.	07-08-23	5:00 5:45pm	19		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976
20.	11-08-23	5:00 5:45pm	20		Andrea Camila Diaz Gordillo Fisioterapeuta Reg. COLFI 18976

24/05/2024 09

Señor (es) Dristian Ueran C.C/Nº. 2098
 Dirección: NKO. Tel 3724154434 8 7 8023 **FECHA**

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	Tecmh Digital ✓		270000
1	Fornal led		245000
2	Espesjo	23000	46000
1	Agente Fornal ✓		65000
4	Bronales ✓	32000	128000
1	Tanque Sin Pmlor. 3 meses en llegar		340000
2	Suspension Del-Isg	204000	408000
1	Rin hoja-Rodin ✓		175000
1	Pedal Cambios ✓		40000
1	Cunas - Gallinero de modo superior.		300000
Aceptada <u>Ueno de Obra 140.000</u> <u>1. Homizoma Del-</u>			<u>135000</u>
<u>Frasidido 60000</u>			
<u>Pmrtura Tanque 250000</u>			
Firma y C.C. No.			TOTAL \$ <u>2,152,000</u>

El presente Aviso de Privacidad (en adelante el "Aviso") establece los términos y condiciones en virtud de los cuales SUMOTO S.A. Mercadito con NIT No. 814024323-8 y con domicilio en la C/ta 18 No. 12-56 Avenida Las Américas de la Ciudad de Panamá, realizará el tratamiento de sus datos personales. 1. TRATAMIENTO Y FINALIDAD: El tratamiento que realizará SUMOTO S.A. con la información personal será a efectos de: La contratación, comercialización, uso, cancelación (incluye las operaciones que realice respecto de la información personal recolectada) para (ver listado de servicios de trámites) 2. DERECHOS DEL TITULAR: Como titular de los datos personales Usted tiene derecho a: (i) Acceder en todo momento a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento (ii) Corregir, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que sufran de error o a aquellos datos obsoletos (iii) Retirar su consentimiento o no hacer más uso de sus datos. (iv) Solicitar pruebas de la autorización otorgada. (v) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a la Ley de Protección de Datos. (vi) Retirar su información y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vii) Abstenerse de responder las preguntas sobre este Aviso. (viii) Solicitar cualquier otro requerimiento que versen sobre datos, servicios o sobre datos de sus hijos y adolescentes. 3. MECANISMOS PARA CONOCER LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO: El Titular puede acceder a nuestra Política de Tratamiento de Información, la cual se encuentra publicada en cartilera ubicada en la empresa ubicada en cada uno de nuestros puntos.

TÓ. EDCI



NIT: 830 011 670 3

REBAJA PLUS 2 PASTO

SISTEMA P.O.S - No. 4912 2042223

Fecha: 2023-06-19 12:44:45

Caja: 20 - ROSERO VELAZQUEZ LUIS EDUARDO

Vend: 11690 - ROSERO VELAZQUEZ LUIS EDUARDO

Codigo	Descripcion	Total
Und.	Fracc.	Precio
153790	DICLOFENACO/TRAMADOL MK 2525MG CAJA X 20 TABLETAS	44700
1		44700

Item:1	Subtotal:	\$ 44,700
VALOR VENTA:		\$ 44,700
VALOR NETO A PAGAR =>		\$ 44,700

Formas De Pago	Valor	Vence
EFFECTIVO	44,700	20230619
Recibido: 50,000	Cambio: 5,300	

IMPUESTOS

Factor: 0.00	Base: 44,700	Imp13: 0
Imp. Consumo:		0

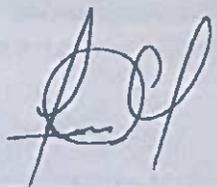
IVA regimen comun para los grandes contribuyentes s/Resolucion 012220 del 26 Diciembre/22 Agente retenedor de IVA

CONSTANCIA LABORAL

Mediante la siguiente carta laboral se hace constancia de que el trabajador **CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES** con cedula de ciudadanía 1.004.232.492 de pasto, trabaja actualmente en la empresa, desde el mes de enero del 2023 hasta la fecha, con un contrato laboral por OPS (prestación de servicios), con cargo de publicista, devengando un sueldo de 1.300.000 mensual más horas extras y dominicales. El cual desde el 16 de junio de 2023 la persona no puede desempeñarse como colaborador de nuestra empresa por un accidente de transito el cual tiene como incapacidad medica por 60 días, siendo estos días no remunerados por la empresa.

Durante el tiempo laborado ha demostrado ser un trabajador con grandes cualidades, buen compañero, eficiente y responsable.

La presente constancia se firma en la ciudad de san juan de pasto el día 7 de julio del año 2023 a solicitud del interesado.



Luis Guillermo Cortes Guerrero

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.232.492**
MORAN CORTES

APELLIDOS
CHRISTIAN CAMILO

FIRMAS

Christian Cortes
FIRMA



INDICE DE PEGUHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-2000**
PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.86 **O+**
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-AGO-2018 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Willy...
REGISTRADOR NACIONAL
JOHN CARLOS BALBUENA RIVERA



P-2300100-01034301-M-1004232492-20180820

0062427887A 1

5114068

JSD91B ART-AK 125 124
MOTOCICLETA GRIS TITAN
 Particular **TURISMO**
 157FMJFJ153651 N XXXXXXXXXXXX
 LEC.FP2038E009434 N 1P5j XXXXXX
 XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX
 XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX
 07021300070768 Medellín 11 10 2007
 2636578

ASOCIACIÓN TRANSITIVA
 Edgardo Edgardo Hernando
 IDENTIFICACION 98389984
 MZ 21 CS 14 LOS LAURELES
 Pasto (San Juan De Pasto) 7227382
 Matricula Inicial ORGANISMO DE TRANSITO San Juan de Pasto
 Sufinanciamiento S.A.
 FECHA DE EXPEDICION
 DIA 04 MES 12 AÑO 2007
 FUNCIONARIO BATTI
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE
 SELLO DE LA OFICINA DE TRANSITO

San Juan de Pasto, 24 de mayo de 2024.

SEÑORES:

CENTRO DE CONCILIACIÓN SAN JUAN DE CAPISTRANO
PASTO, NARIÑO

REF.: OTORGAMIENTO DE PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE

CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.004.232.492 expedida en Pasto, Nariño, domiciliada y residente en la misma ciudad, me dirijo a usted respetuosamente, con el propósito de manifestar que mediante el presente escrito:

Confiero PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE en cuanto a derecho se requiere a **CLAUDIA VANESSA MORA VILLOTA**, persona mayor de edad, vecina del municipio de Pasto (N), identificada con cédula y ciudadanía No. 1.085.330.994 expedida en el municipio de Pasto (N), ABOGADA en ejercicio, portadora de tarjeta profesional No. 369178 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación solicite AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO a celebrarse con la Cooperativa Nariñense De Taxistas **COONARTAX LTDA**, representada legalmente por LUZ ALEXANDRA TORO WHITE, identificada con numero NIT 891200539; el señor **JAIRO FERNANDO JOSA**, conductor del vehículo de placas SVQ546; **HERLIN JONNATHAN MENESES DELGADO**, identificado con cedula de ciudadanía número 1.085.297.238 Y **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO** empresa identificada con NIT 860.028.415-5, con sede en esta ciudad en cabeza de su representante legal **NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA**.

Confiero a mi abogada todas las facultades consagradas en la ley, y además de las facultades legales, las especiales y las demás tendientes al logro de mi adecuada representación contenidas en el código general de proceso, sin que en ningún momento se pueda alegar la falta de poder para actuar.

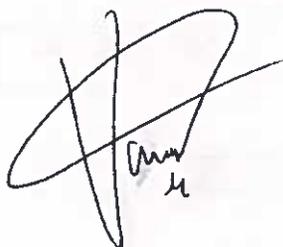
Atentamente;

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Moran Cortes', with a horizontal line drawn through it.

CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES

C.C: No. 1.004.232.492 de Pasto (N)
cristhianmorancortes@gmail.com

Acepto poder:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mora', with a horizontal line drawn through it.

CLAUDIA VANESSA MORA VILLOTA

C.C: 1.085.330.994

T.P: 369178

vanessamoravillota@gmail.com



FICHA SOCIOECONÓMICA

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario, Usted autoriza a al Centro de Conciliación San Juan de Capistrano de la Universidad CESMAG, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite para la programación de audiencia de conciliación. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales y ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar actualización, rectificarlos o supresión de sus datos personales en los casos que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Ley 1581 de 2012 y decreto número 1317 de 2013.

DATOS DEL CONVOCANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: CHRISTIAN CAMILO MORAN CORTES.

Documento: Tipo C.C No. 1.004.232.492 Nacional Extranjero

Estado Civil: Soltero Sexo: M F Fecha de Nacimiento

dd	mm	aa
----	----	----

Ocupación: Conductor Escolaridad _____ Estrato 3

Madre cabeza de familia _____ Padre cabeza de familia _____ Desplazado _____ Algún tipo de discapacidad. ¿NO SI Cuál? _____ Necesita que se le brinde algún tipo de ayuda?

Departamento Nariño Municipio: Pasto

Dirección: Manzana 21 casa 14 barrio laureles Teléfono: 322 4154434

Email: cristhianmorancortes@gmail.com

Acudió con apoderado: SI NO Nombres y Apellidos del Apoderado: Maria Femanda Mora Guerrero Sexo: Femenino

Identificación: 1.085.330.994 T.P. No. 369178

DATOS DEL CONVOCADO

NOMBRES Y APELLIDOS: COOPERATIVA NARIÑENSE DE TAXISTAS COONARTAX LTDA

Documento: Tipo NT No. 891200539 Nacional Extranjero

Estado Civil: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento

dd	mm	aa
----	----	----

Ocupación: _____ Escolaridad _____ Estrato _____

Madre cabeza de familia _____ Padre cabeza de familia _____ Desplazado _____

Departamento _____ Municipio: _____

Dirección: Cl. 2a Sur #3310, Pasto, Nariño Teléfono: 3106841557

Email: gerencia.coonartax@gmail.com

Acudió con apoderado: SI NO Nombres y Apellidos del Apoderado: _____ Sexo: _____ Identificación: _____

_____ T.P. No. _____





NOMBRES Y APELLIDOS: JAIRO FERNANDO JOSA

Documento: Tipo C.C No. _____ Nacional Extranjero

Estado Civil: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento

dd	mm	aa
----	----	----

Ocupación: _____ Escolaridad _____ Estrato _____

Madre cabeza de familia Padre cabeza de familia Desplazado _____

Departamento Nariño Municipio: Pasto

Dirección: Catambuco Sector Nazareth Teléfono: Se desconoce

Email:

Acudió con apoderado: SI NO Nombres y Apellidos del Apoderado: _____
Sexo: _____ Identificación: _____

T.P. No _____

NOMBRES Y APELLIDOS: HERLIN JONNATHAN MENESES DELGADO

Documento: Tipo C.C No. 1.085.297.238 _____ Nacional Extranjero

Estado Civil: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento

dd	mm	aa
----	----	----

Ocupación: _____ Escolaridad _____ Estrato _____

Madre cabeza de familia Padre cabeza de familia Desplazado _____

Departamento: Nariño Municipio: Pasto

Dirección: Catambuco Sector Nazareth Teléfono: 3235829454

Email: meneses2606@gmail.com

Acudió con apoderado: SI NO Nombres y Apellidos del Apoderado: _____
Sexo: _____ Identificación No: _____

T.P. No _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES

Documento: Tipo NIT No. 860037707-9 _____ Nacional Extranjero

Estado Civil: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento

dd	mm	aa
----	----	----

Ocupación: _____ Escolaridad _____ Estrato _____

Madre cabeza de familia Padre cabeza de familia Desplazado _____

Departamento: Nariño Municipio: Pasto

Dirección: Cl 19 #16 # 30, Pasto, Nariño Teléfono: (606) 8983078

Email: onequidad@laequidadseguros.coop

Acudió con apoderado: SI NO Nombres y Apellidos del Apoderado: _____
Sexo: _____ Identificación No: _____

T.P. No _____

Dirección: _____ Teléfono: _____





FINALIDAD ADQUISICION DEL SERVICIO

Resolver de Manera Alternativa el Conflicto: X

Cumplir con Requisito de Procedibilidad: _____

ESCALA DEL CONFLICTO

Con Violencia: _____ Verbal _____ Física _____ Sin violencia: X

RESULTADO

Conciliación: _____ No Acuerdo _____, No Comparecencia: Con justificación _____ Sin Justificación _____,

Devolución: _____, Otro _____ Cual _____

CUANTO HACE QUE INICIO EL CONFLICTO

De 1 a 30 días (Hasta un Mes) _____

De 31 días a 180 días (Entre dos y Seis Meses) _____

Superior a 180 días (Entre siete y Doce Meses) _____

Superior a 365 días (Superior a Un Año) _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN "SAN JUAN DE CAPISTRANO":

Después de analizar la situación económica del solicitante de la audiencia de conciliación, la Dirección del Centro de Conciliación San Juan de Capistrano del Programa de Derecho de la Universidad CESMAG, SI NO autoriza la solicitud conforme a lo estipulado en la Resolución No. 0299 expedida por el Ministerio de Justicia y del Derecho, el día 22 de marzo de 2002.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO JUDICIAL



Consejo Superior
de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

ABOGADO



NOMBRES:
CLAUDIA VANESSA
APELLIDOS:
MORA VILLOTA

Claudia Mora

PRESIDENTE DE CON
SUPERIOR DE LA

GLORIA STELLA LOPEZ



CONSEJO
NARIÑO

FECHA DE GRADO
09/07/2021

TARJETA
36

UNIVERSIDAD

CESMAG

FECHA DE EXPEDICION

CEDULA

12/10/2021

1085330994