



SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

Código: SO-F-03

Versión: 02

Fecha de inicio: 2024-04-01

Señores:			Fecha Radicado	<input type="text"/>
CENTRO NACIONAL DE CONCILIACIÓN DEL TRANSPORTE			Expediente No	<input type="text"/>
BOGOTA	CALI	BARRANQUILLA	N° De Vehículos	<input type="text"/>
MEDELLIN				<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Identificado con C.C. No.	<input type="text"/>	
En calidad de	<input type="text"/>	del vehículo de placas	<input type="text"/>	

Me dirijo a ustedes a fin de solicitar respetuosamente la asignación de fecha, hora y conciliador para celebrar audiencia de conciliación para lo cual manifiesto los siguientes:

HECHOS

El día ___ de ___ de ___ en la (Dirección) _____ se presentó un choque entre los vehículos de placas _____ Poste _____ Inmueble _____ semoviente _____ Otros _____

PETICIONES

Empty box for petitions.

CUANTÍA

Empty box for amount.

ANEXOS

Empty box for attachments.

COND N V D C A N T E	CONDUCTOR:					
	Nombre y apellido			Identificación		
	Dirección		Municipio		Dpto	
	Teléfono:		E-mail			
	Póliza: R.C.E/ T.R. No		Aseguradora		Placas	
	PROPIETARIO:					
	Nombre y apellido			Identificación		
	Dirección		Municipio		Dpto	
	Teléfono:		E-mail			
	OTROS:					
Nombre y apellido			Identificación			
Dirección		Municipio		Dpto		
Teléfono:		E-mail				

COND N V D C A D D	CONDUCTOR:					
	Nombre y apellido			Identificación		
	Dirección		Municipio		Dpto	
	Teléfono:		E-mail			
	Póliza: R.C.E/ T.R. No		Aseguradora		Placas	
	PROPIETARIO:					
	Nombre y apellido			Identificación		
	Dirección		Municipio		Dpto	
	Teléfono:		E-mail			
	OTROS:					
Nombre y apellido			Identificación			
Dirección		Municipio		Dpto		
Teléfono:		E-mail				

LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN SE REALIZARÁ EL DÍA _____ A LAS _____ A.M. P.M

CON EL ABOGADO CONCILIADOR DR.(A) _____ CON LA SALA ___ Virtual ___ Mixta ___ Presencial ___

FIRMA SOLICITANTE _____ C.C. _____. Certifico que cuento con los medios para el desarrollo de la misma.

Señor usuario, su solicitud es radicada para estudio por parte el conciliador designado, por lo tanto le sugerimos consultar el estado de admisión o inadmisión de la misma a través de nuestro sitio web www.cnc.com.co, 24 horas después de su radicación, la fecha aquí descrita es provisional y se encuentra sujeta a la admisión de la solicitud. Así mismo le informamos que los datos aquí suministrados sólo serán utilizados para los fines derivados del trámite conciliatorio. "Artículo. 4 Par. 1 . Ley 2220/2022"



INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA
SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

Código: SO-F-04

Versión: 02

Fecha de inicio: 2024-04-01

C O N V O C A D O	CONDUCTOR:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	Póliza: R.C.E/ T.R. No		Aseguradora		Placas
	PROPIETARIO:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	OTROS:				
Nombre y apellido		Identificación			
Dirección		Municipio	Dpto		
Teléfono:		E-mail			
C O N V O C A D O	CONDUCTOR:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	Póliza: R.C.E/ T.R. No		Aseguradora		Placas
	PROPIETARIO:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	OTROS:				
Nombre y apellido		Identificación			
Dirección		Municipio	Dpto		
Teléfono:		E-mail			
C O N V O C A D O	CONDUCTOR:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	Póliza: R.C.E/ T.R. No		Aseguradora		Placas
	PROPIETARIO:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	OTROS:				
Nombre y apellido		Identificación			
Dirección		Municipio	Dpto		
Teléfono:		E-mail			
C O N V O C A D O	CONDUCTOR:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	Póliza: R.C.E/ T.R. No		Aseguradora		Placas
	PROPIETARIO:				
	Nombre y apellido		Identificación		
	Dirección		Municipio	Dpto	
	Teléfono:		E-mail		
	OTROS:				
Nombre y apellido		Identificación			
Dirección		Municipio	Dpto		
Teléfono:		E-mail			

HECHOS "EL 24/03/24 EN LA CALLE 70 A LAS 22:30 HORAS, EL SEMÁFORO ESTABA EN ROJO PARE, SE PUSO EN VERDE ARRANQUE CUANDO EL CARRO DE PLACAS WCZ566 ME DIO UN FUERTE GOLPE AT



24 mar 2024 11:46:34 p. m.
12° N

#7D-03 Carrera 7d

Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca

Altitud:980.1m

Velocidad:1.6km/h

Número de índice: 739



24 mar 2024 11:46:44 p. m.

356° N

#7D-03 Carrera 7d

Alfonso Lopez

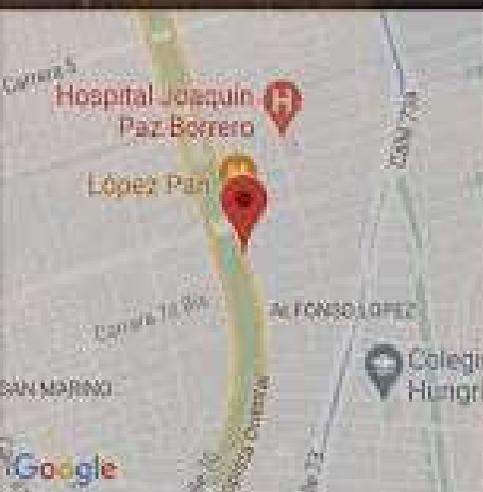
Cali

Valle del Cauca

Altitud:979.2m

Velocidad:0.0km/h

Número de índice: 740





24 mar 2024 11:46:54 p. m.

321° NW

#7D-03 Carrera 7d

Alfonso Lopez

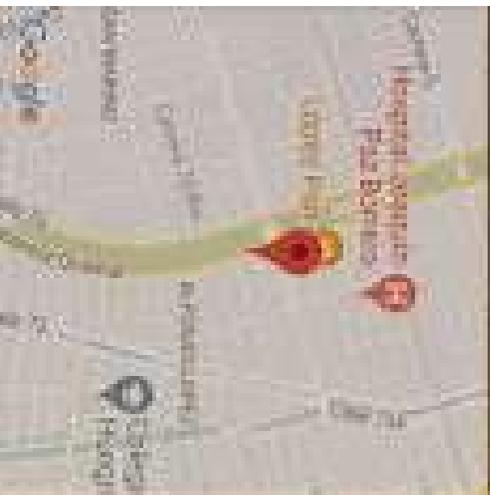
Cali

Valle del Cauca

Altitud: 978.3m

Velocidad: 1.4km/h

Número de índice: 741



24 mar 2024 11:46:24 p. m.

21° N

7cBis-05 Calle 70

Alfonso Lopez

Calli

Valle del Cauca

Altitud:985.5m

Velocidad:0.0km/h

Número de índice: 738



24 mar 2024 11:46:01 p. m.

195° S

7cBis-05 Calle 70

Alfonso Lopez

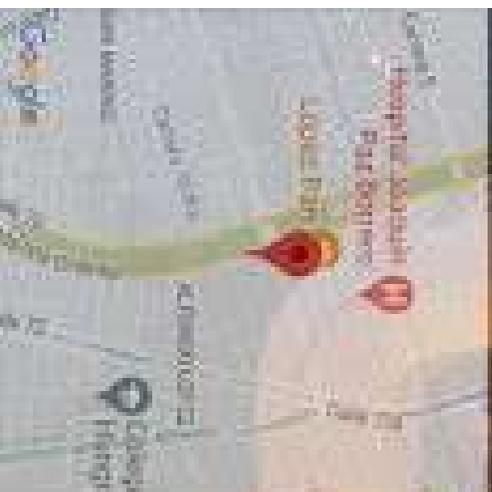
Calli

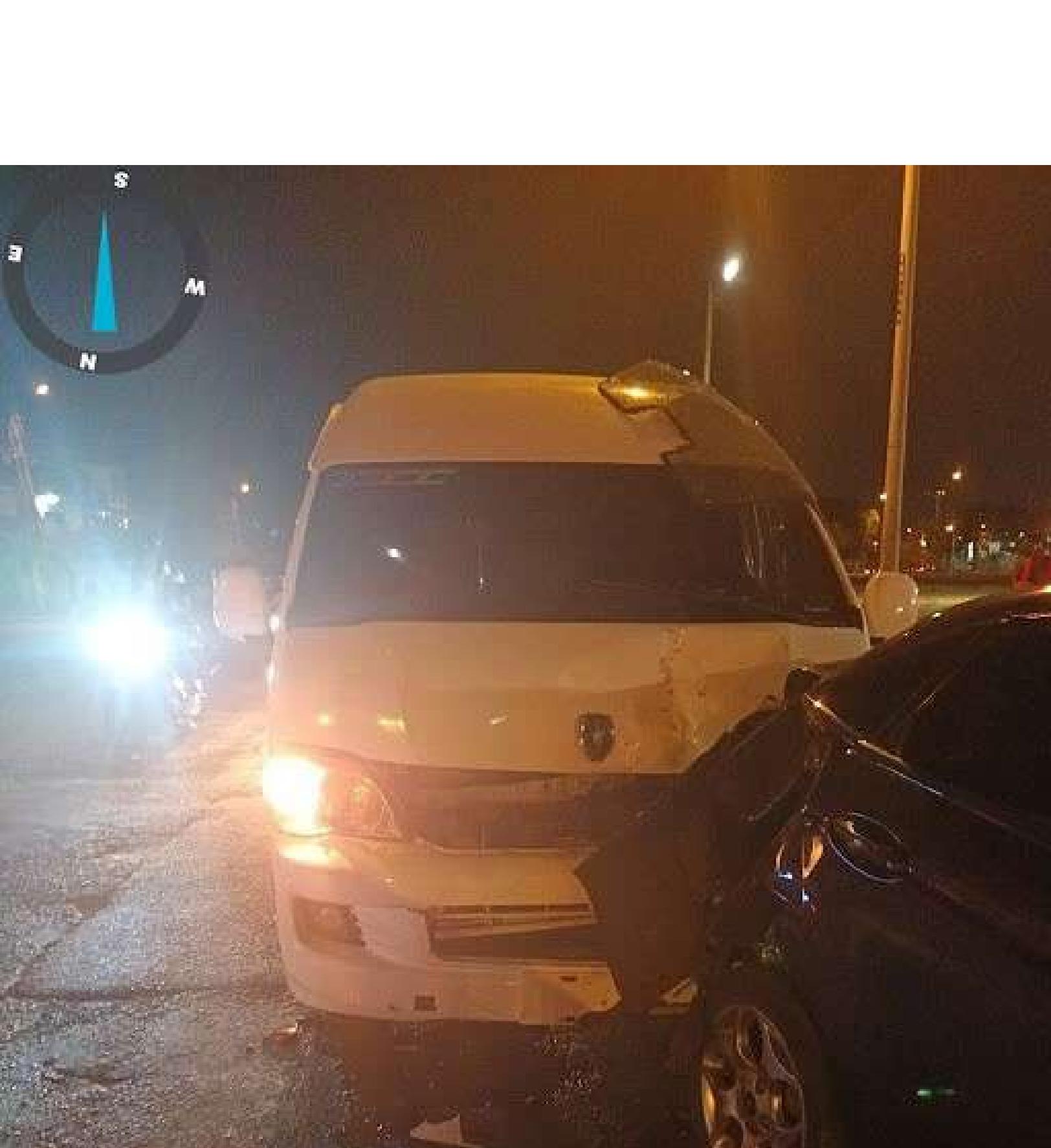
Valle del Cauca

Altitud:986.3m

Velocidad:0.0km/h

Número de índice: 736





24 mar 2024 11:45:53 p. m.

170° S

7cBis-05 Calle 70

Alfonso Lopez

Cali

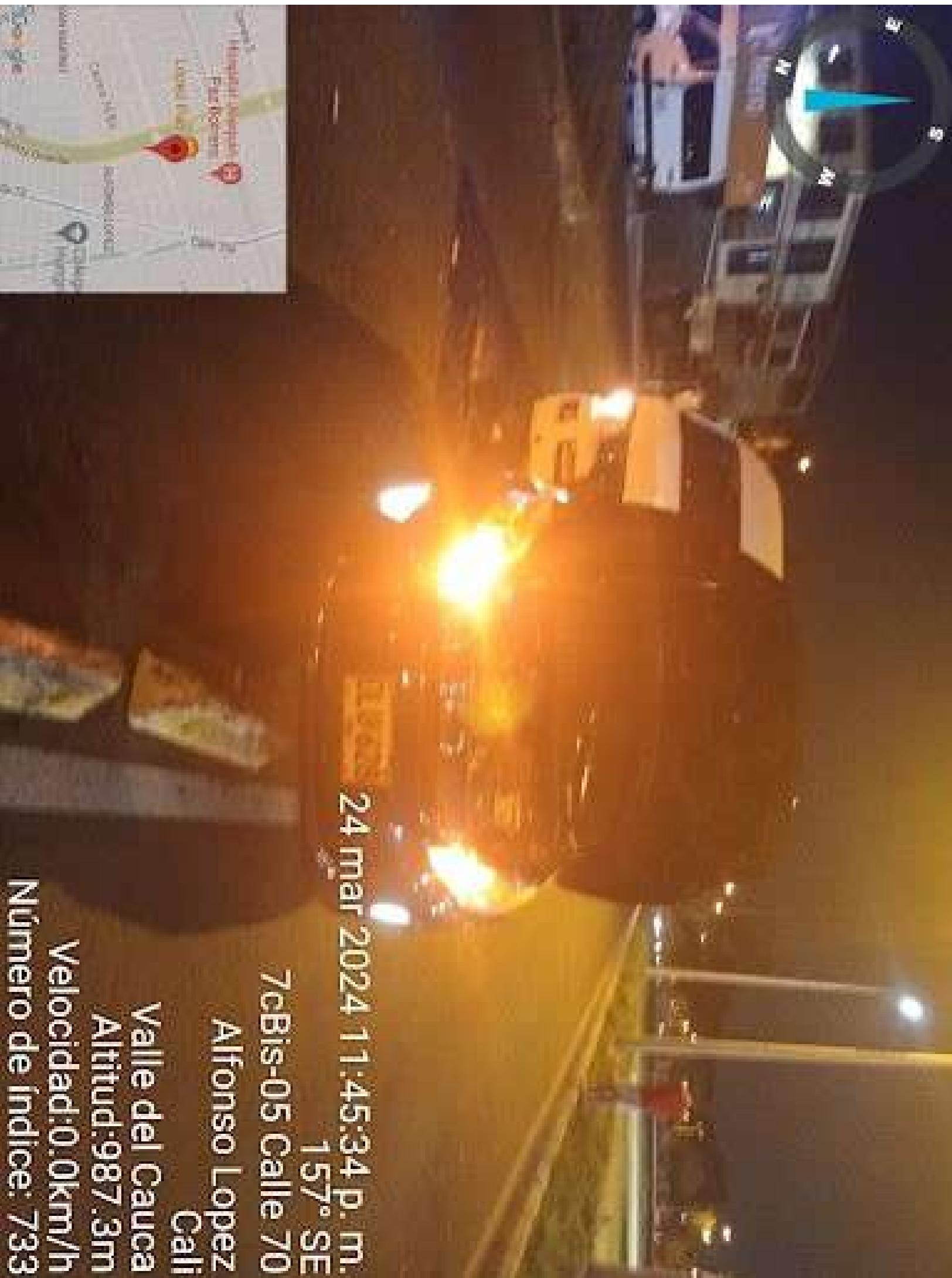
Valle del Cauca

Altitud:986.3m

Velocidad:0.0km/h

Número de índice: 735





24 mar 2024 11:45:34 p. m.

157° SE

7cBis-05 Calle 70

Alfonso Lopez

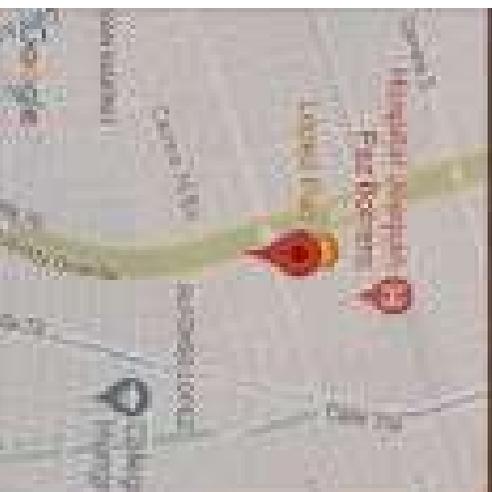
Cali

Valle del Cauca

Altitud:987.3m

Velocidad:0.0km/h

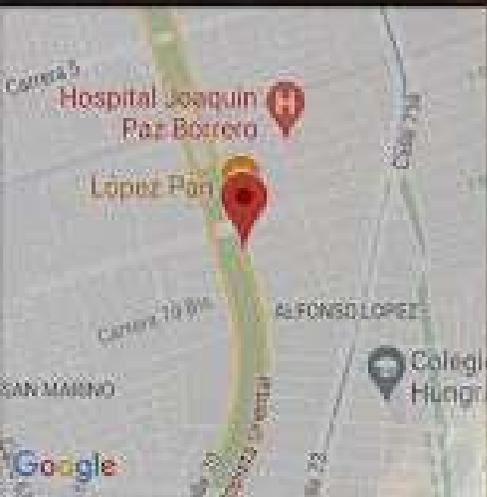
Número de índice: 733





DLU-628
CALI

24 mar 2024 11:45:25 p. m.
134° SE
7cbis 23 Calle 70
Alfonso Lopez
Cali
Valle del Cauca
Altitud:987.3m
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 732





24 mar 2024 11:44:53 p. m.
96° E

Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca

Altitud:986.5m

Velocidad:0.9km/h

Número de índice: 729



24 mar 2024 11:44:58 p. m.

113° SE

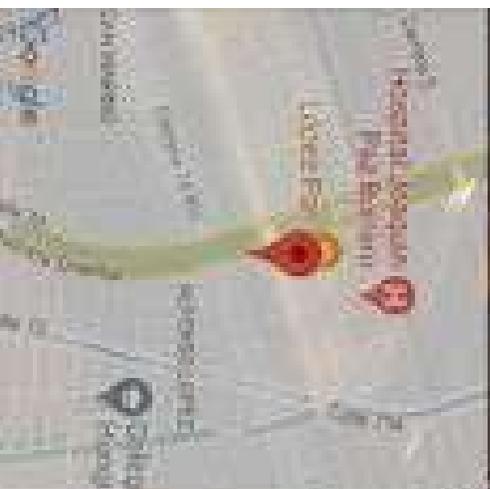
Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca

Altitud:985.5m

Velocidad:0.8km/h

Número de índice: 730





REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
 LICENCIA DE TRÁNSITO NC



PLACA
DLU628

MARKA
FORD

LINEA
FIESTA

10029994542

DEFORMADA CC
1.597

COLOR
GRIS VIOLETA

MODELO
2012

CLASE DE VEHICULO
AUTOMOVIL

TIPO CARROCERIA
SEDAN

SERVICIO
PARTICULAR

NUMERO DE MOTOR
CM130566

COMBUSTIBLE
GASOLINA

CAPACIDAD VENTIL
5

NUMERO DE SERIE
3FADP4BJSJCM130566

REG
N

REG
N

PROPIETARIO: APYLLONDO Y NOVAJERIS
ALEGRIA AMU MELBA FLOR

IDENTIFICACION
C.C. 66348133

REG
N

CATEGORIAS AUTORIZADAS

LETTERA	DESCRIPCION	VALIDA	EXPIRE
A1	PROFESIONALES Y SERVICIOS DE ESPECIALISTAS	SIEMPRE	SIEMPRE
B1	PROFESIONALES Y SERVICIOS DE ESPECIALISTAS	SIEMPRE	SIEMPRE

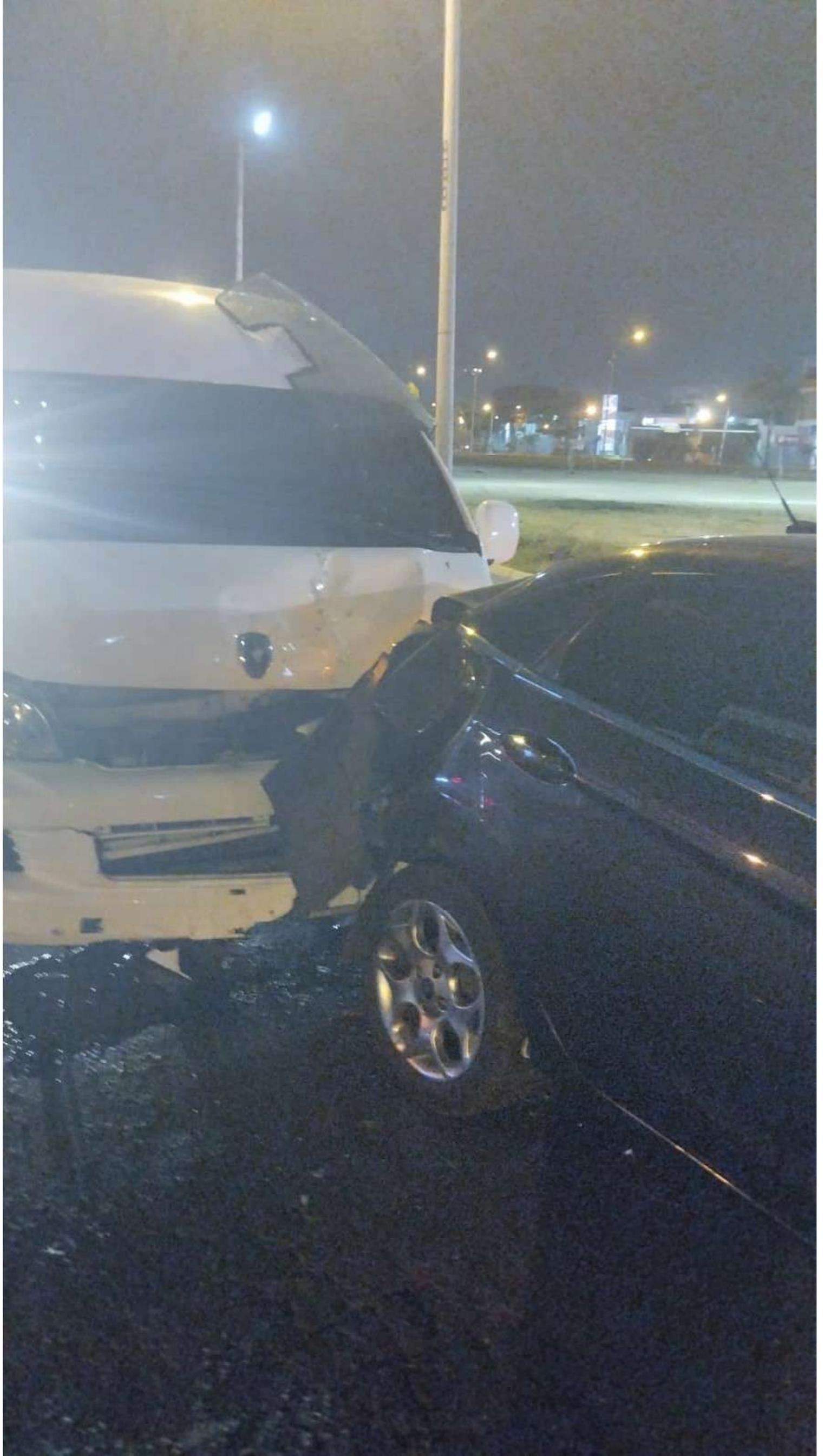


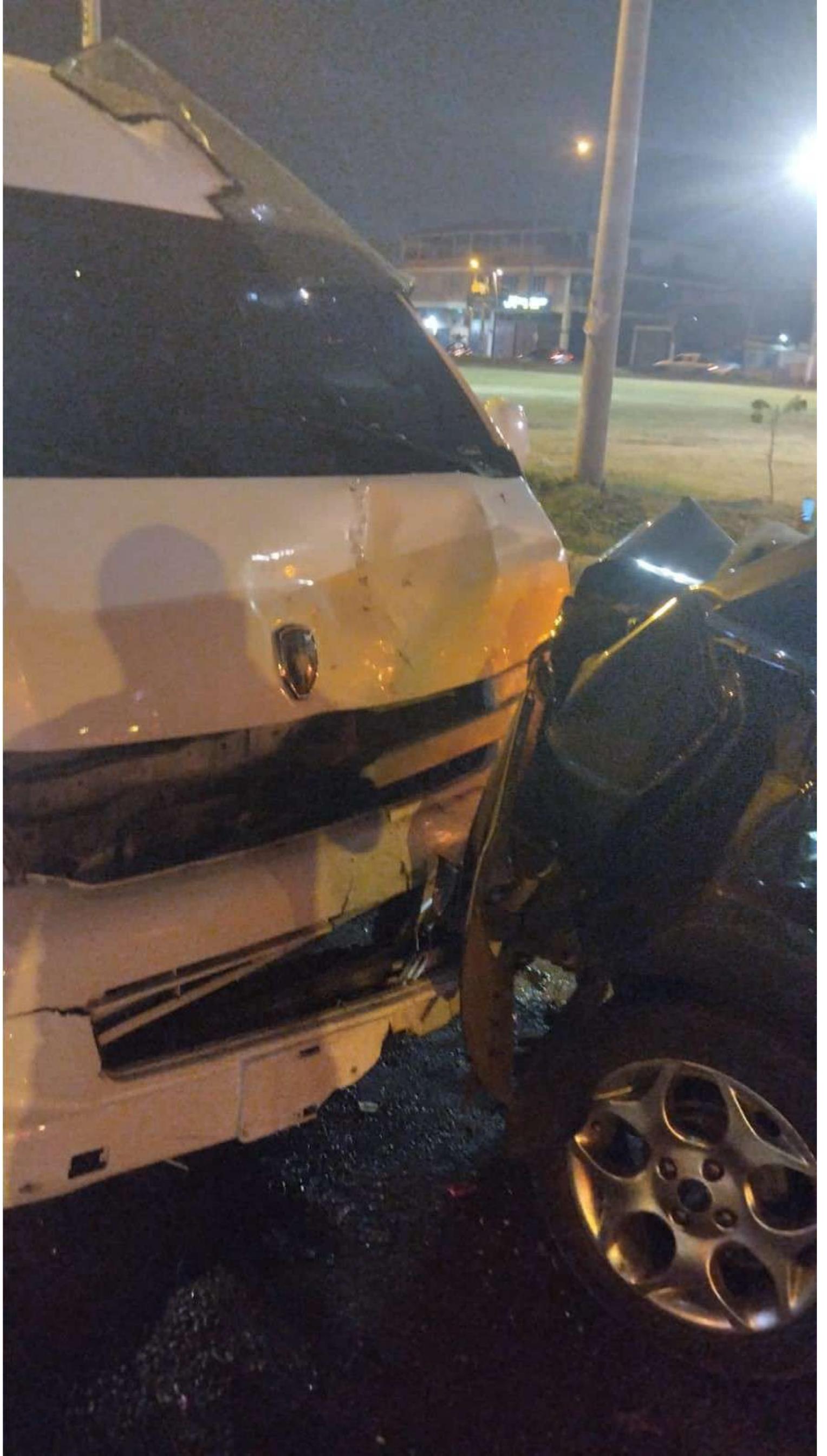


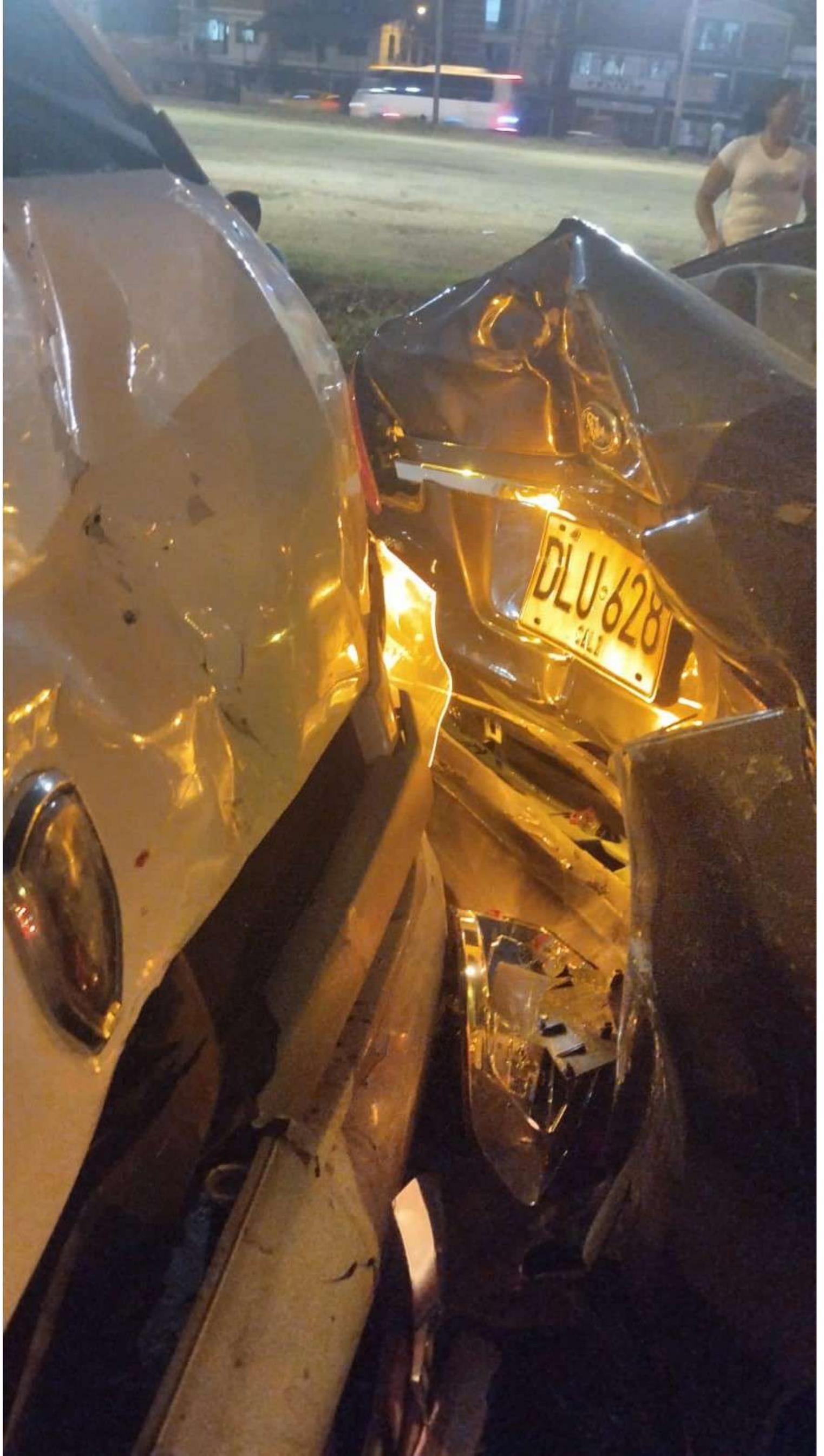
REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO NACIONAL DE ADMINISTRACIONES
ESTATALES

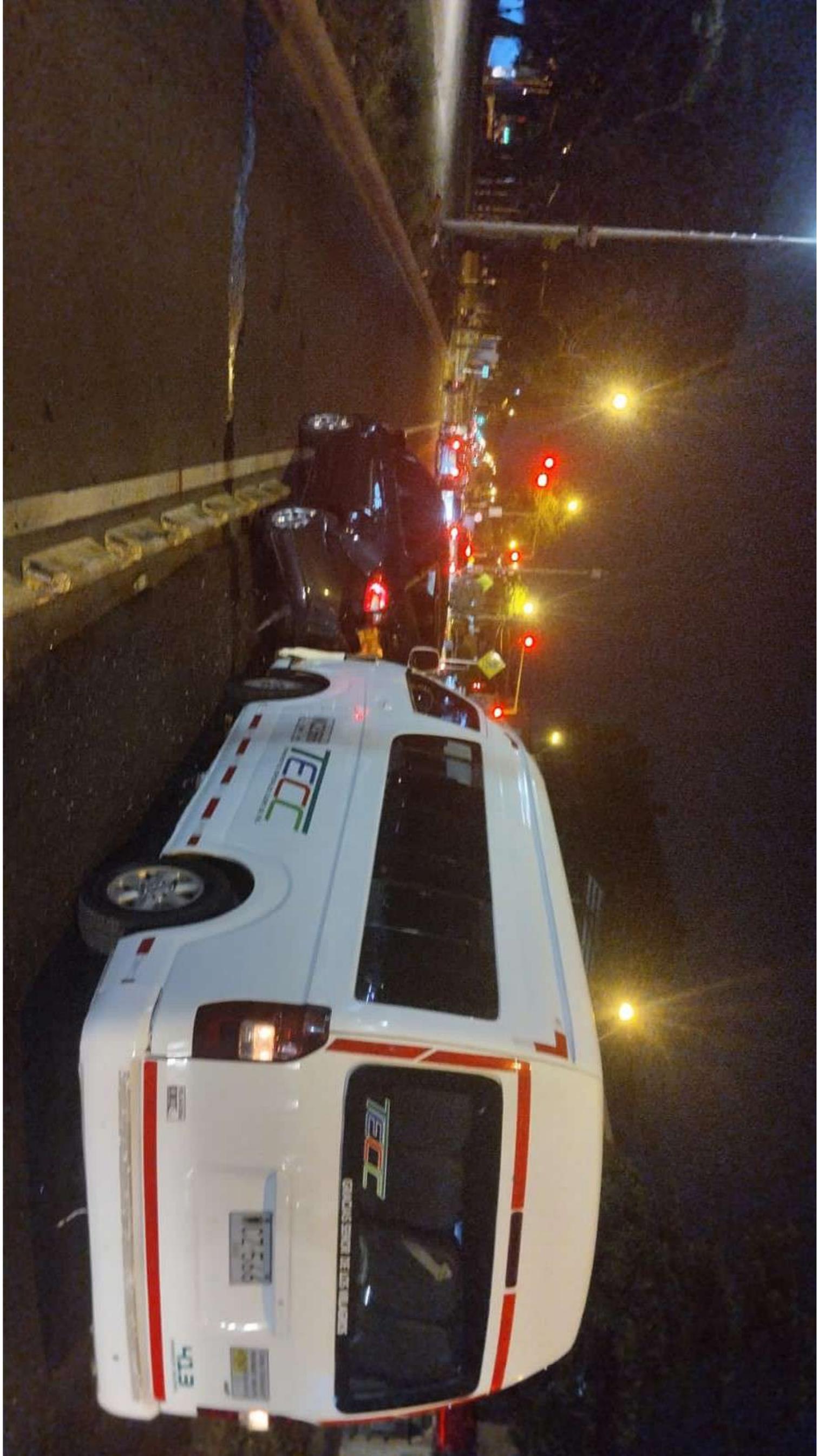


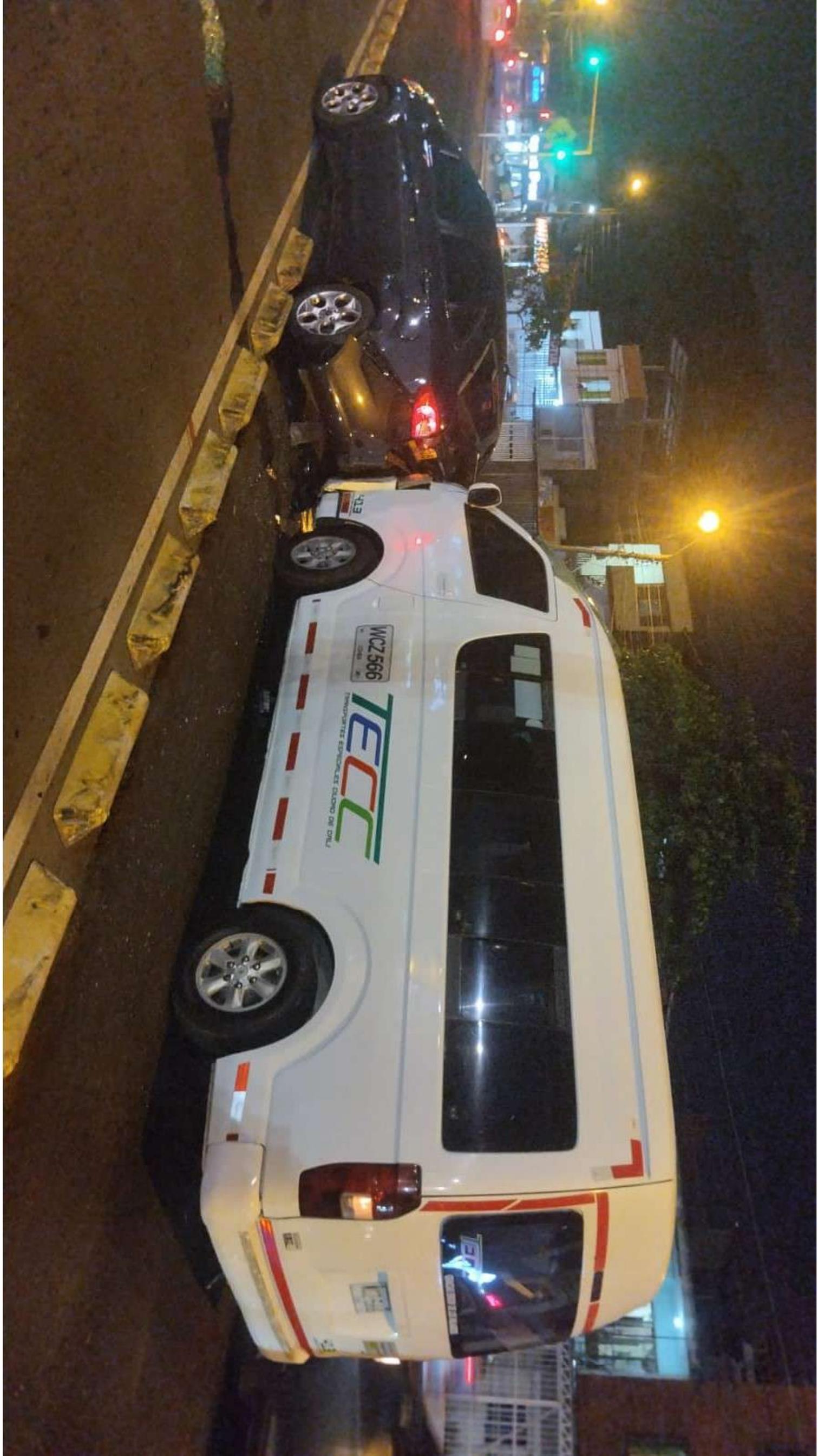
El suscrito/a, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, identificado/a con el número de identificación **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, en virtud de lo establecido en el artículo 100 del Decreto 2151 de 1995, autoriza a **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, identificado/a con el número de identificación **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, para que actúe en su nombre y en representación de este Consejo Nacional de Administraciones Estatales, en todas las diligencias que sean necesarias para la tramitación de los procesos de selección de personal que se estén adelantando en el marco de los programas de contratación de personal de planta y de planta temporal, en los términos establecidos en el artículo 100 del Decreto 2151 de 1995, y en las demás diligencias que sean necesarias para la tramitación de los procesos de selección de personal que se estén adelantando en el marco de los programas de contratación de personal de planta y de planta temporal, en los términos establecidos en el artículo 100 del Decreto 2151 de 1995, y en las demás diligencias que sean necesarias para la tramitación de los procesos de selección de personal que se estén adelantando en el marco de los programas de contratación de personal de planta y de planta temporal, en los términos establecidos en el artículo 100 del Decreto 2151 de 1995.

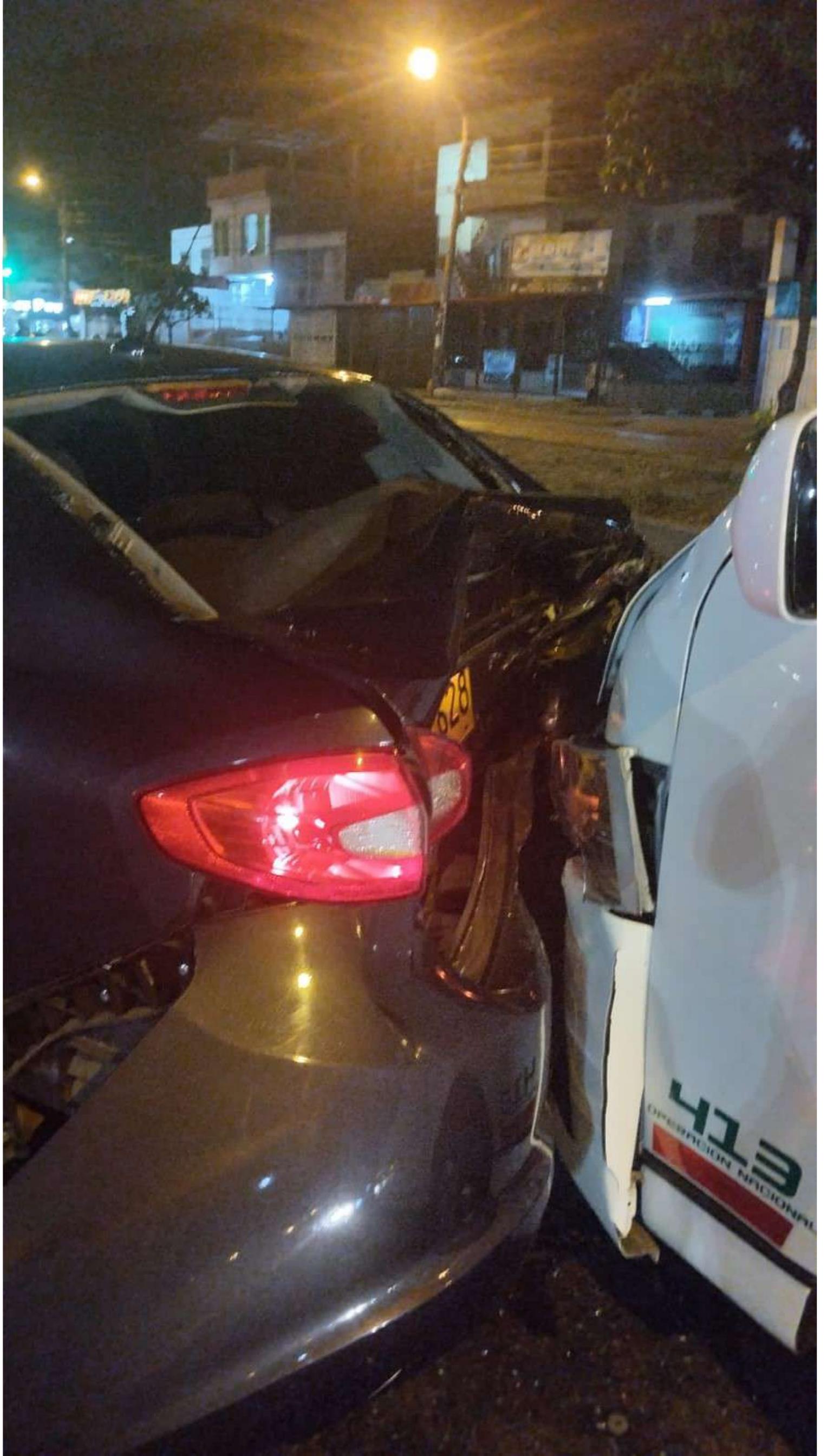


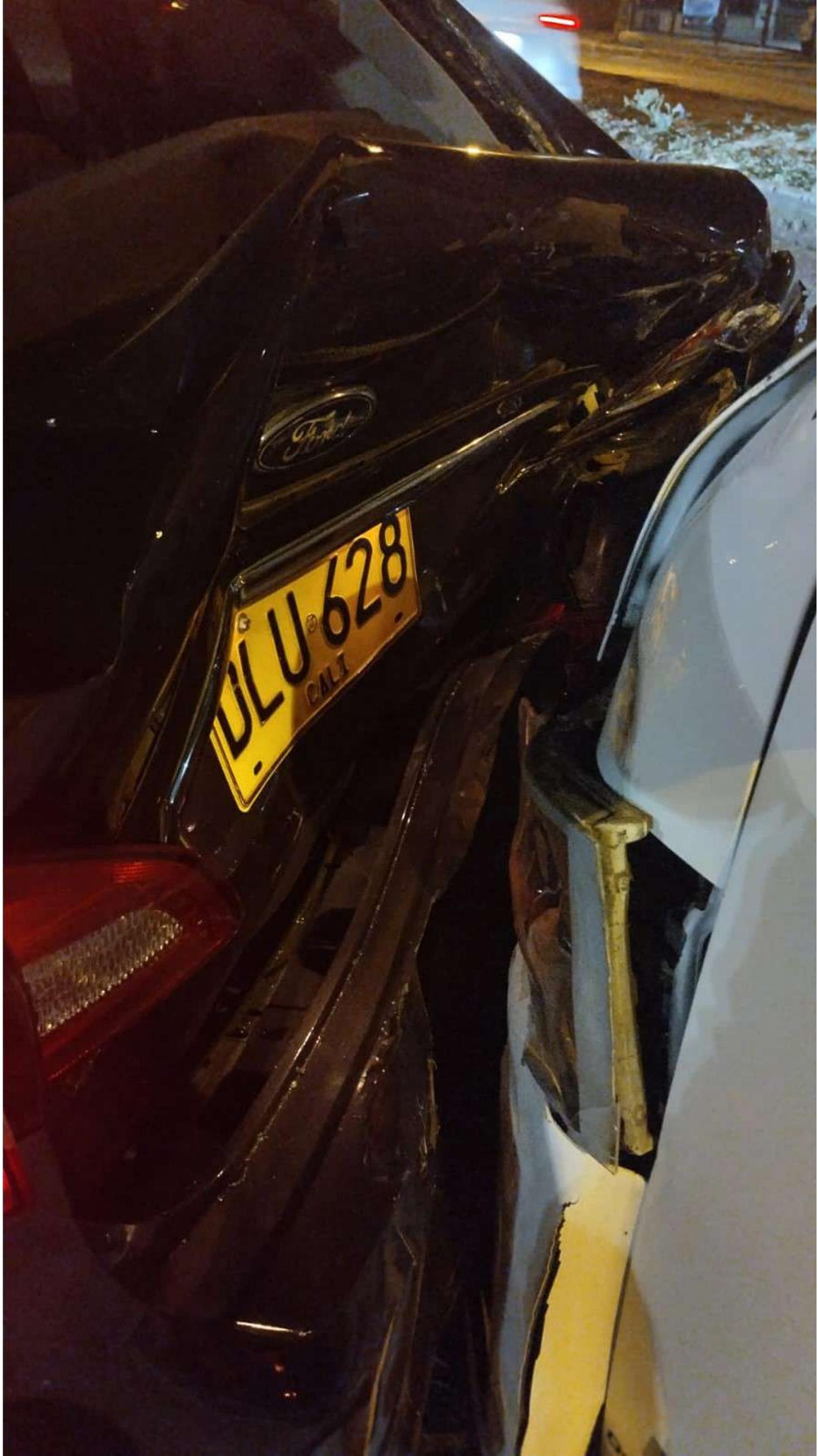


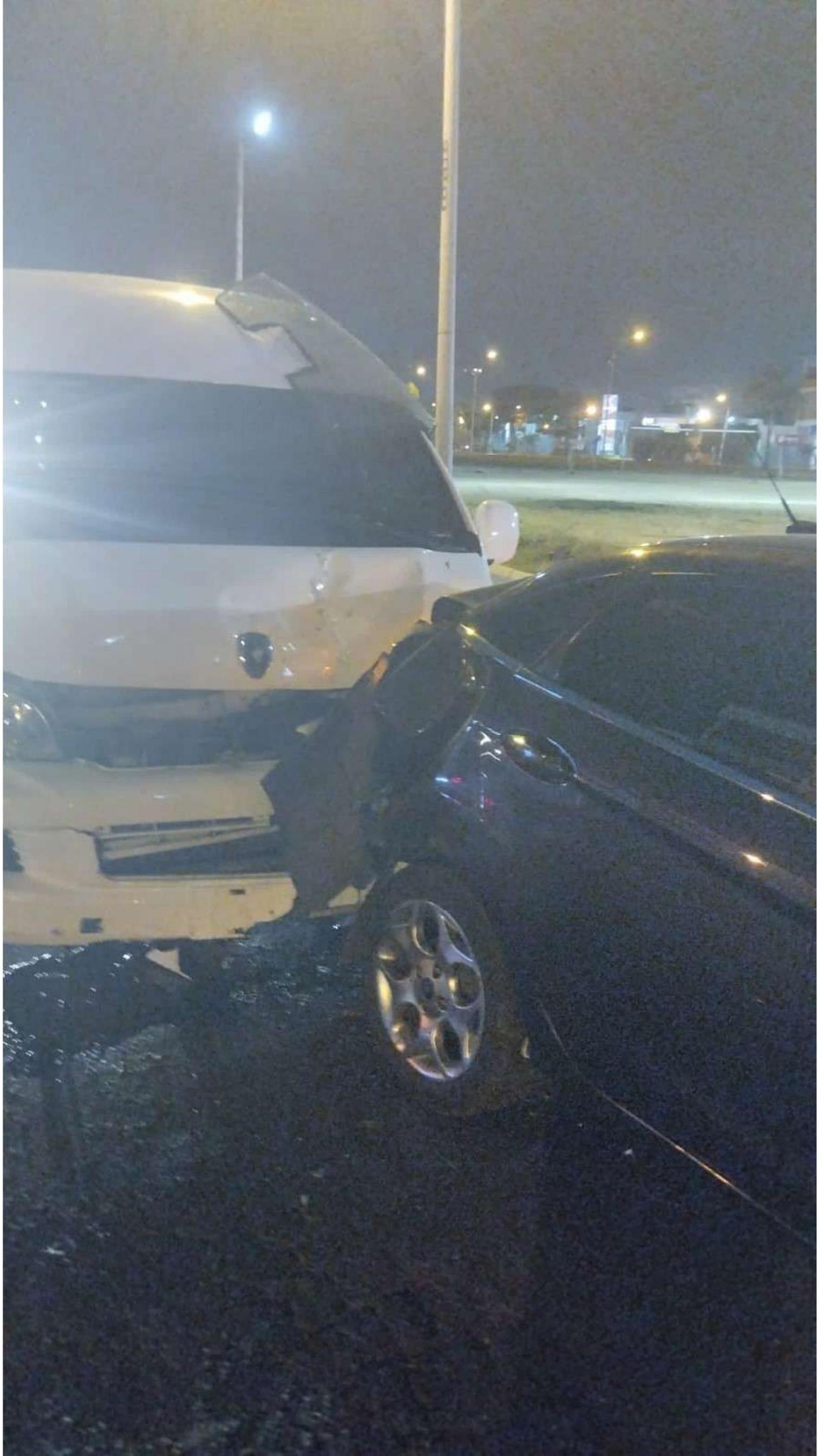


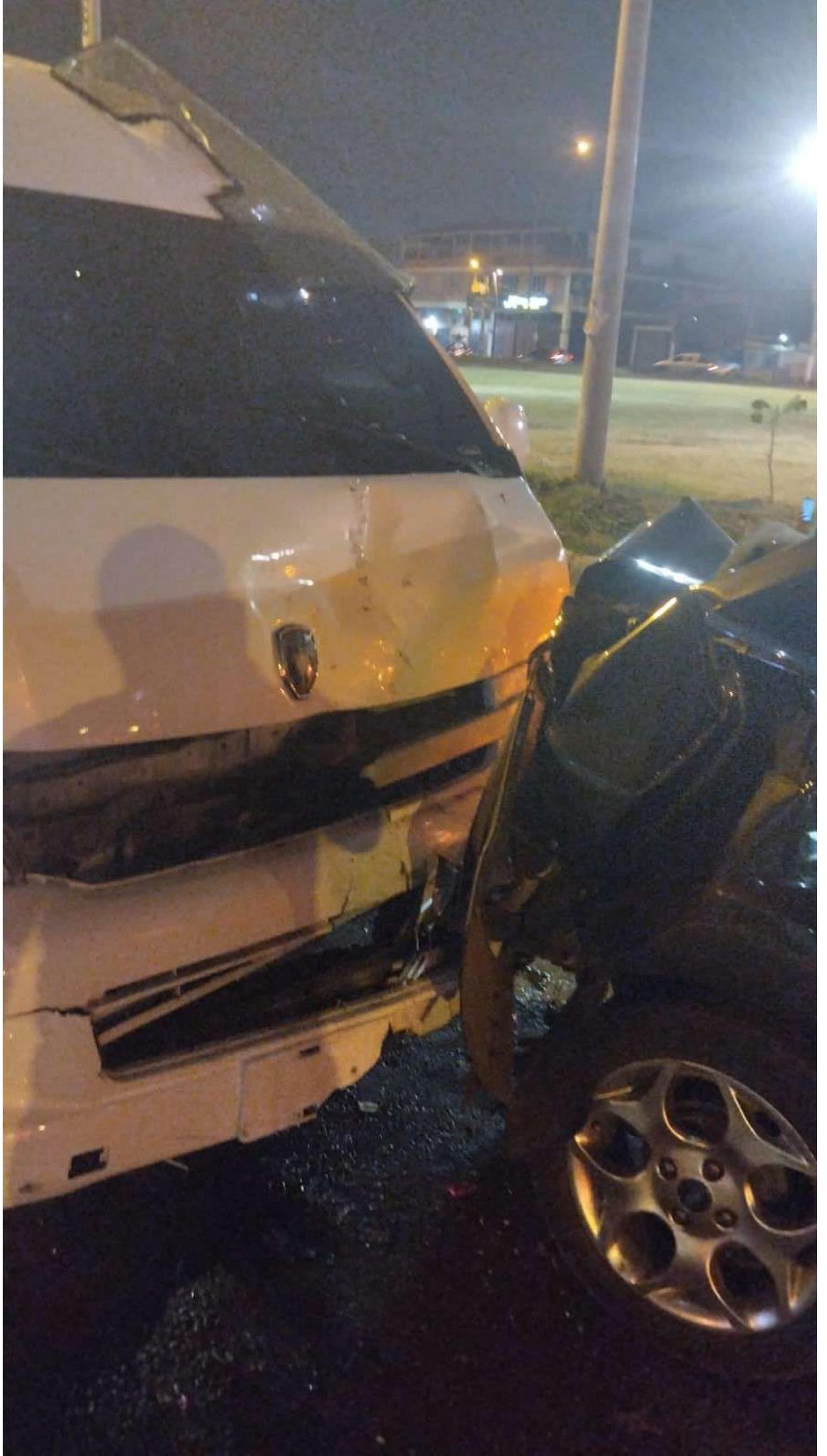


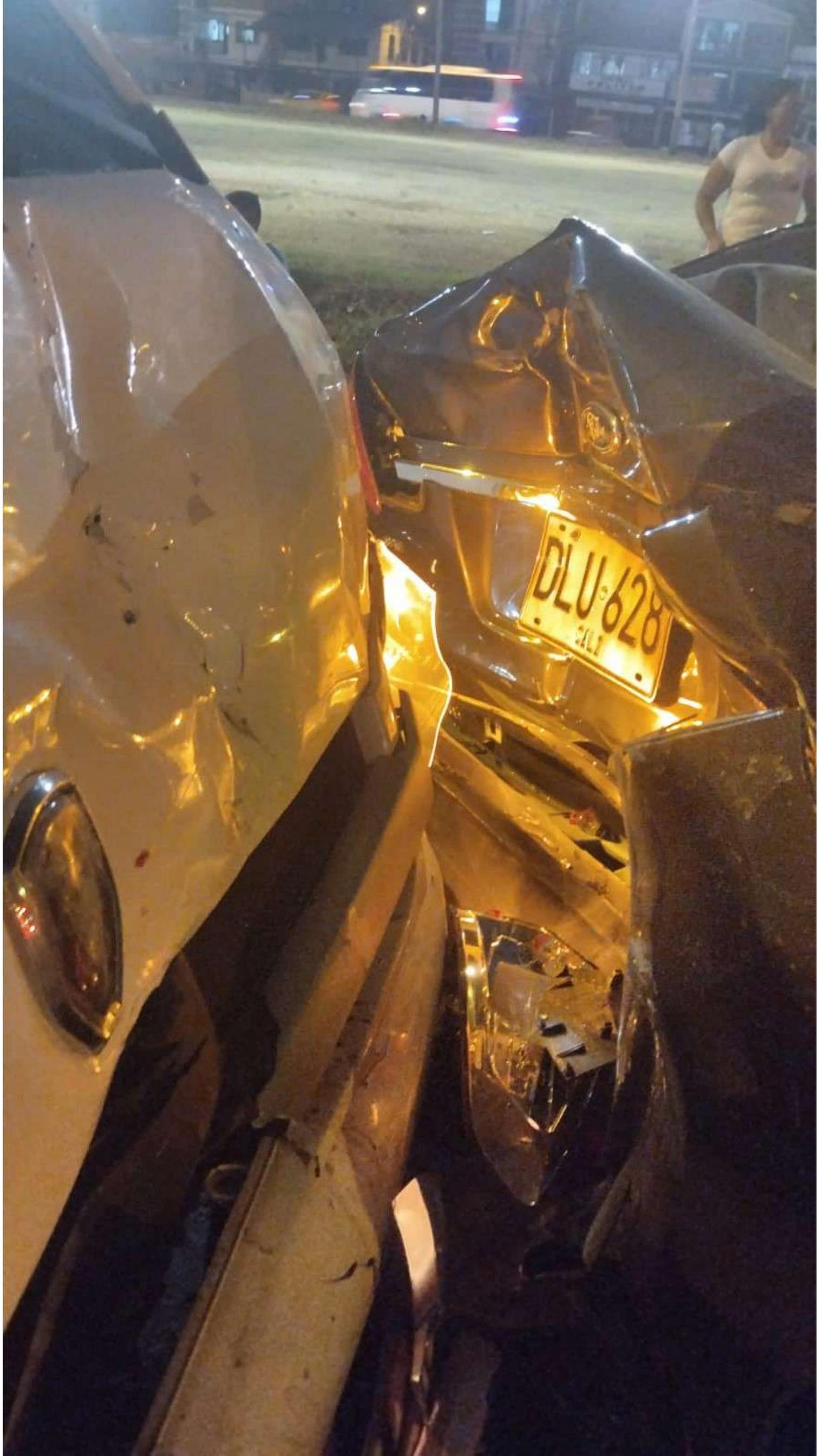


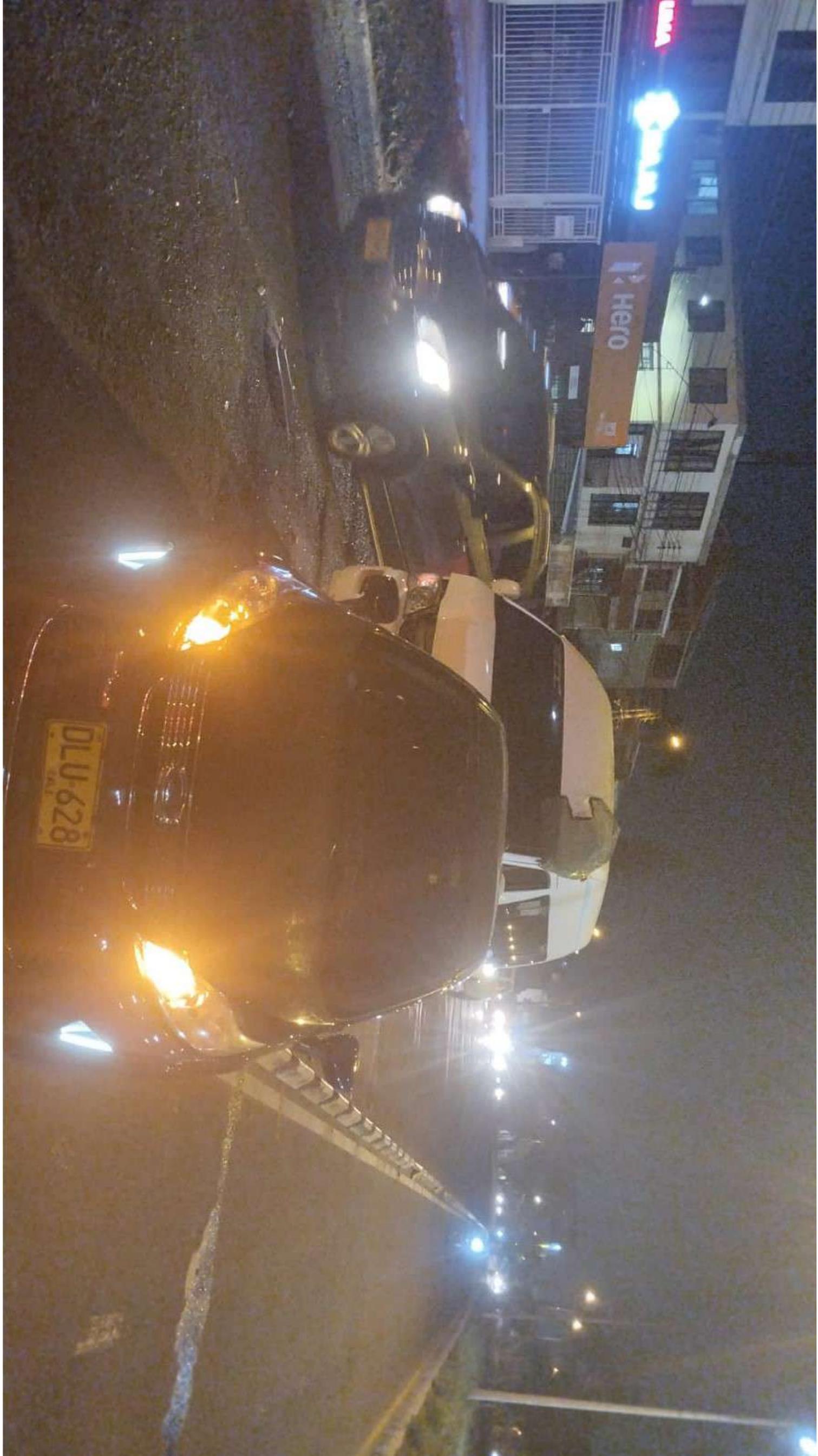




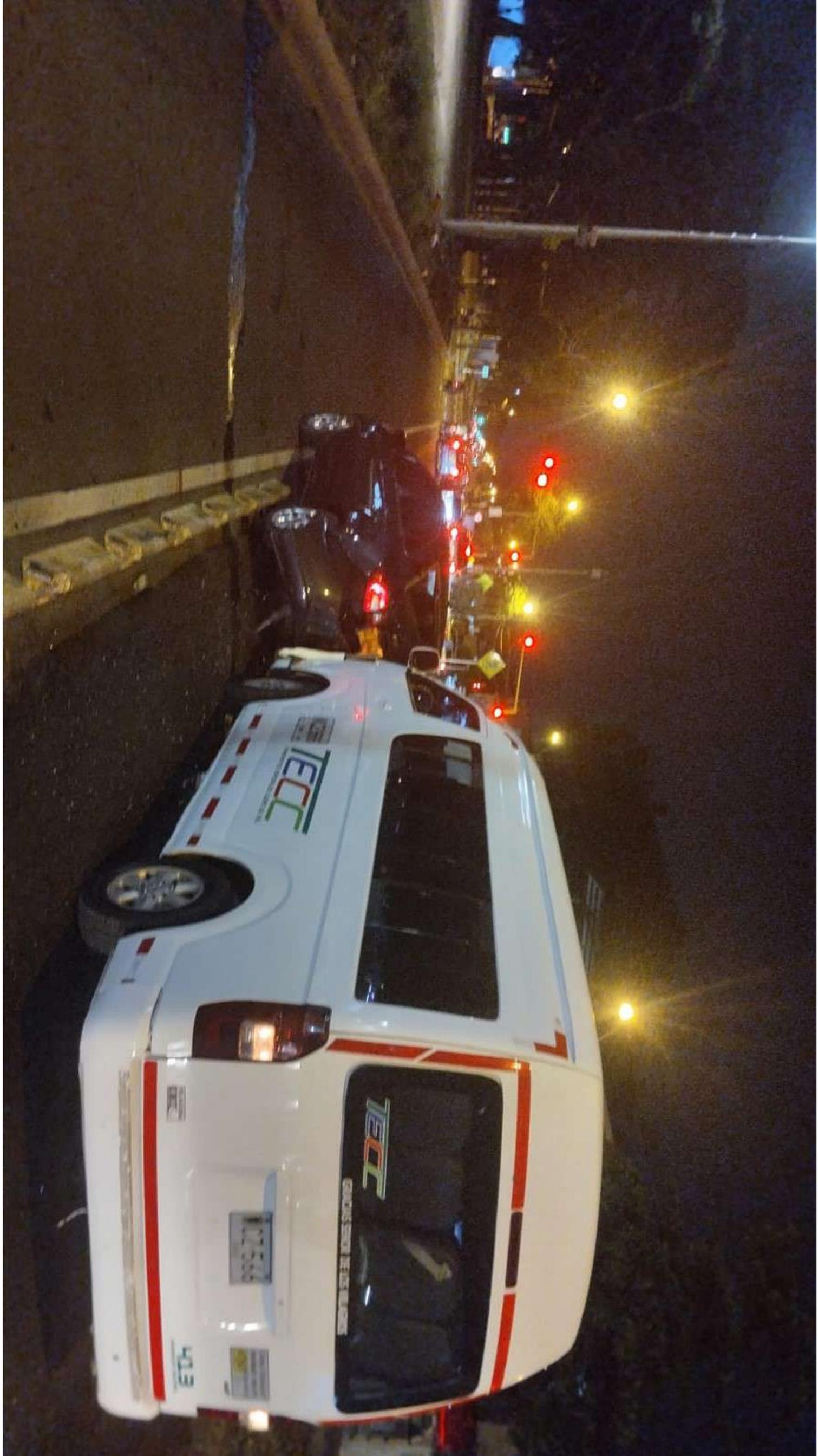










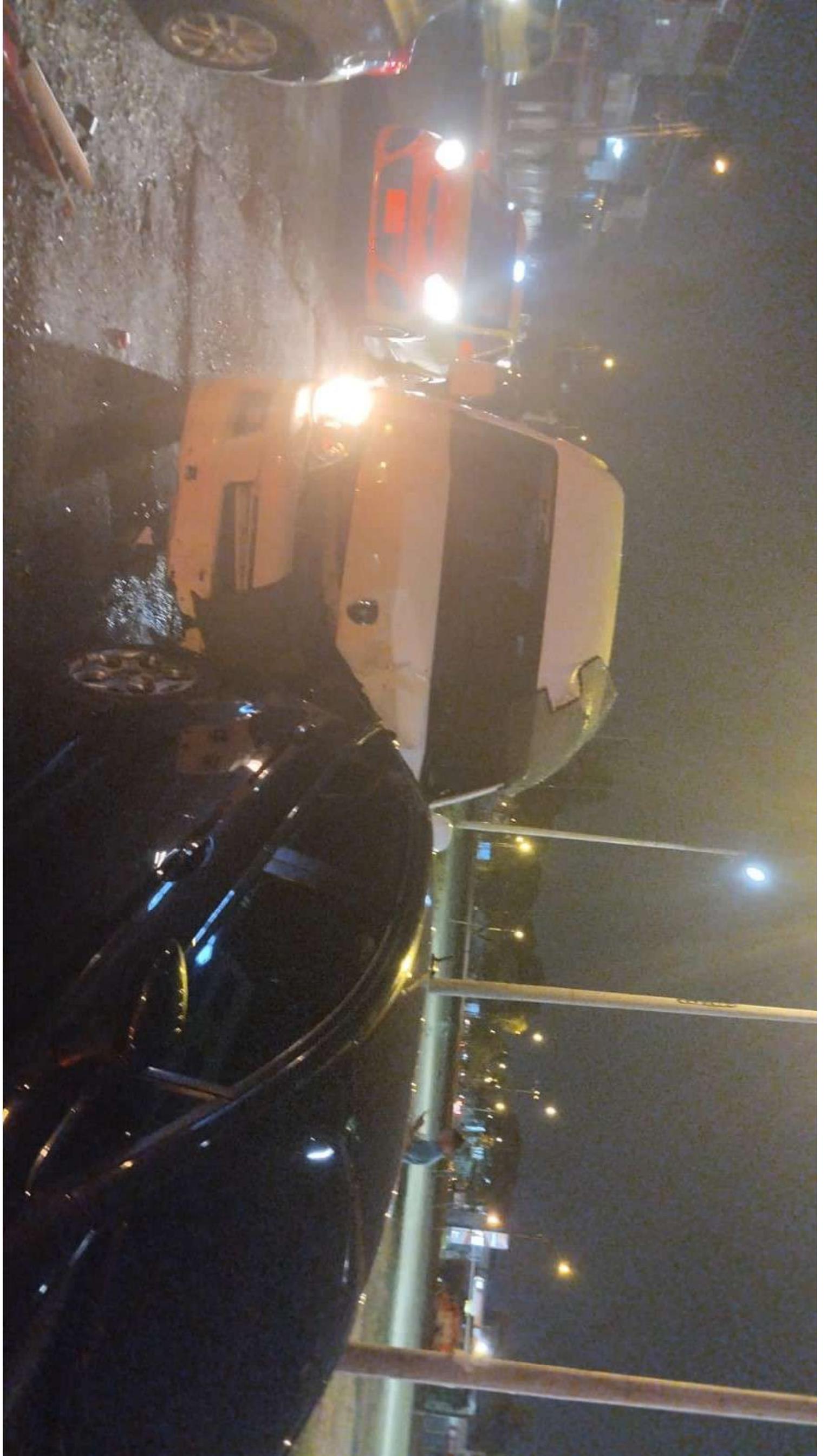


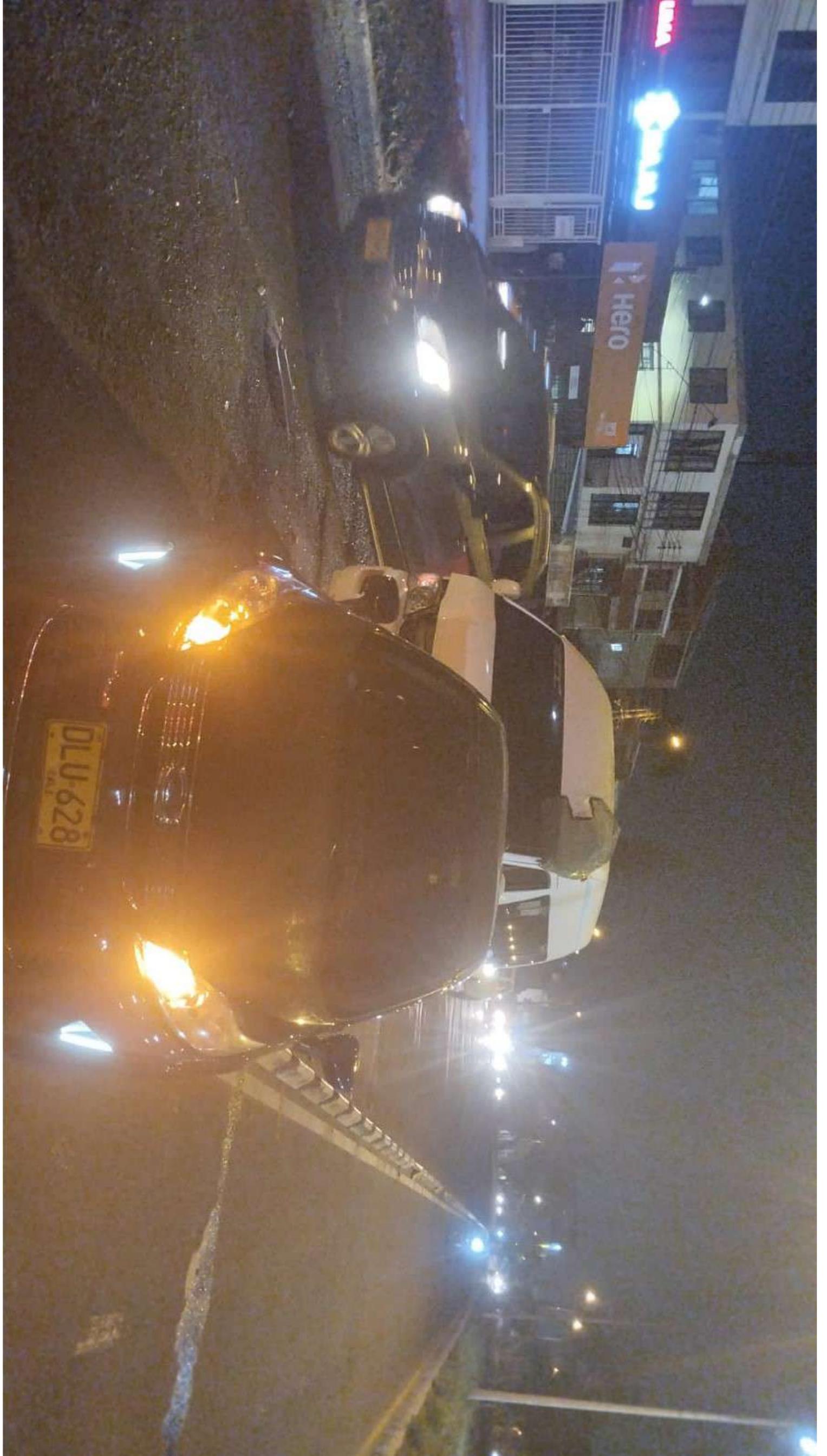


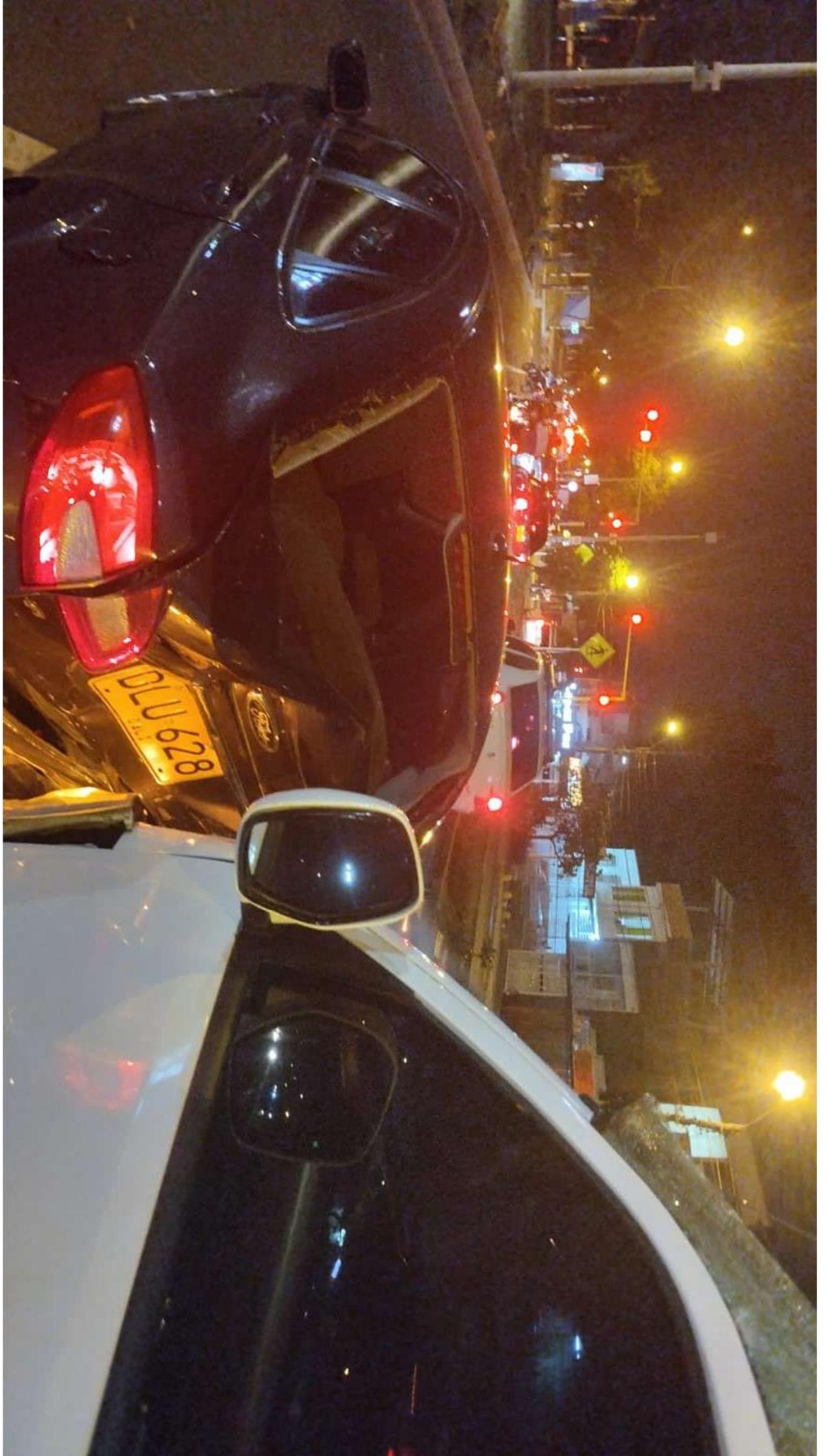


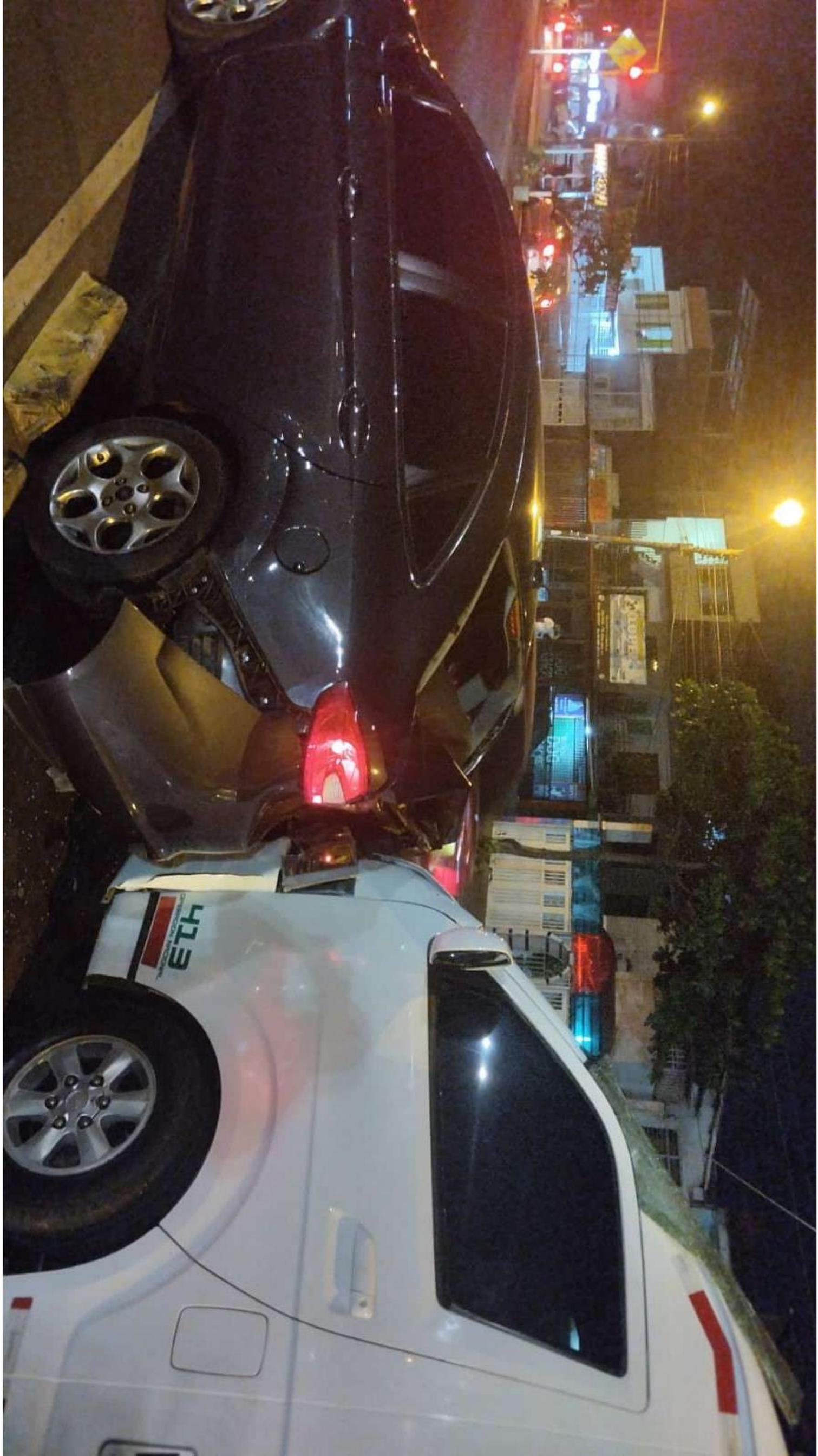


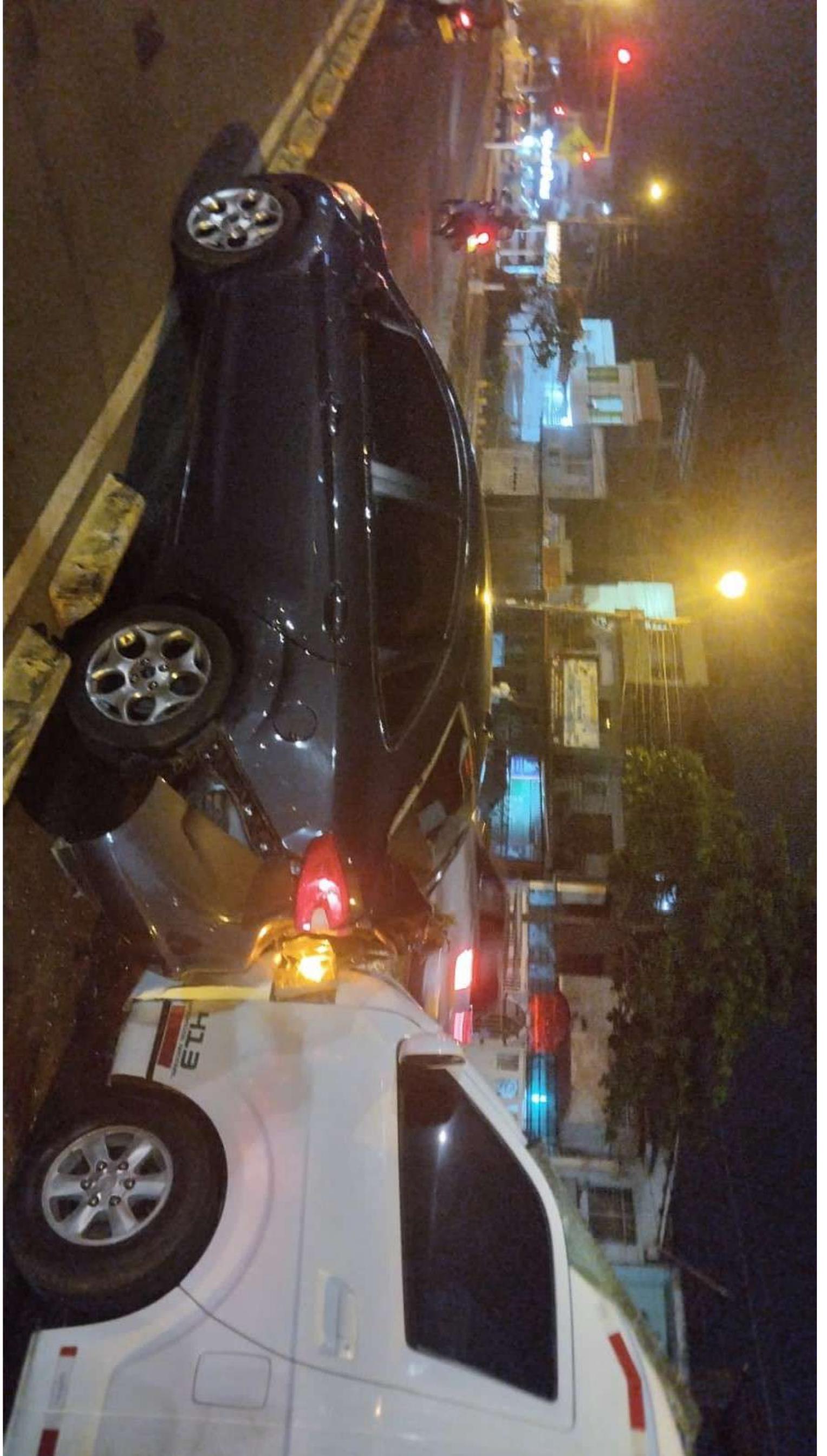


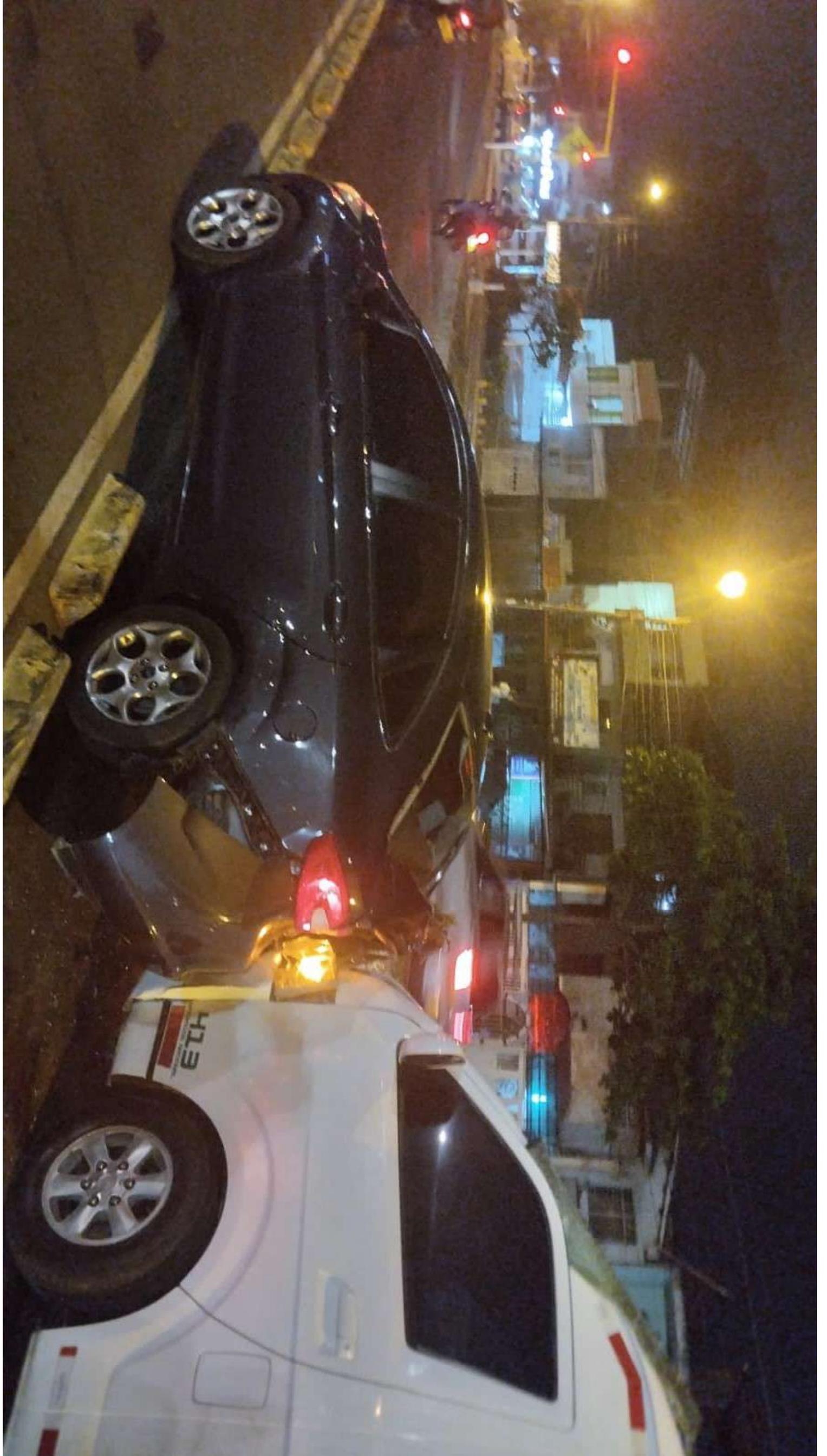












**FORMATO ATENCIÓN ASEGURADOS
NOTIFICACIÓN INICIAL DE SINIESTRO CON FINES Acreditación DE OCURRENCIA**



Este documento es un documento controlado, para fines de certificación, revisión y soporte de prestación de servicio ante nuestra compañía de Seguros en tanto de cumplir las leyes con las obligaciones y obligaciones como entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, respecto a la notificación, aviso y reporte final, en cualquiera de los casos que se señalen para su efecto, así, si completa una vez usted indique el siniestro formalmente por la RED122 de Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Aui SIAE: 5981306 Fecha Hechos: 24 / 03 / 2024 Hora Hechos: 22:30 Hora Ingresado: 23:18
 Firma Abogados: C&O Asesores y Abogados SAS Jornada Fact: 1. SEMANA Asesor Jurídico: Pedro F. Moraleda
 Lugar Accidente: Calle 70 con Carrera 7 IPAT SI: No Zona: Urbano Aui Trámite

TIPO DE ASISTENCIA

CHOQUE SIMPLE CHOQUE HERIDO CHOQUE FALLECIDO NOVEDAD HURTO DAÑO PROVEE

INFORMACIÓN DEL VEHICULO ASEGURADO CON SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.

PLACA: BLU 628 NOMBRE COND: José Franco Páez CEDULA: 1143951499 FECHA NAC: 20/03/1992
 CELULAR: 310787409 EMAIL: josefranco.paez@red122.com DIR: Cra 70B # 0-10 Cali

INFORMACIÓN DEL VEHICULO TERCERO

PLACA: WU 2566 NOMBRE COND: José Esteban Pando Páez CEDULA: 113869631 FECHA NAC: 07/12/1996
 CELULAR: 310509871 EMAIL: josepando.paez@red122.com DIR: Cra 80 # 13A-13

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO y/o EMPRESA INVOLUCRADO (Ver 3º - Proveedor - Inmobiliaria Análisis)

NOMBRE: Wilson Fernando Castro Suarez CEDULA / NIT: 16781497 DE: Empresario
 DIRECCION: _____ ASEGURADORA del 3º: _____
 EMPRESA TRANSP - AFIL: 7000 Transportes Especiales de Cali RECCORD: SI NO APLICAR MARCOS: SI

VERSION DE LOS HECHOS

Señor conductor - Propietario - Asegurado: Por favor escriba su versión de los hechos de acuerdo al incidente presentado

El semaforo estaba rojo por lo que se puso en verde y cuando estaba el carro me dio un fuerte golpe atrás

FIRMA: José Franco Páez
 Cédula: 1143951499



DECLARACIÓN y/o AUTORIZACIÓN DE USO o NO USO DE LA POLIZA CHOQUE CON HERIDO

Yo _____ en mi calidad de _____ (indique si es asegurado y/o conductor) del vehículo asegurado de placas _____ manifiesto que de manera voluntaria HE DECIDIDO y AUTORIZO hacer USO y AFECTACIÓN de mi póliza de seguros para LA INDEMNIZACIÓN DEL TERCERO(S) quien(es) ESTÁN LESIONADO(S) en el accidente relacionado en el presente formato(s) y cuyo valor PAGARA DIRECTAMENTE LA ASEGURADORA. Valor inicial propuesto de indemnización al AFECTADO LESIONADO:

\$ _____

FIRMA: _____

Yo _____ en mi calidad de _____ (indique si es asegurado y/o conductor) del vehículo asegurado de placas _____ manifiesto que NO DESEO HACER USO DE MI POLIZA DE SEGURO PARA PROCESO DE INDEMNIZACIÓN o PAGO ALGUNO POR LESIONES, así mismo DECLARO que he sido asesorado(a) y me ha sido explicado por el asesor designado el alcance legal y de procedimiento, y en el caso de que yo sea quien indemniza directamente NO hay reembolso y asumo el riesgo legal de la transacción.

FIRMA: _____

Wilson Suarez



25 mar 2024 12:29:09 a. m.

195° S

7cbis 23 Calle 70

Alfonso Lopez

Cali

Valle del Cauca

Altitud:987.2m

Velocidad:0.0km/h

Número de índice: 748



25 mar 2024 12:28:56 a. m.

208° SW

7cbis 23 Calle 70

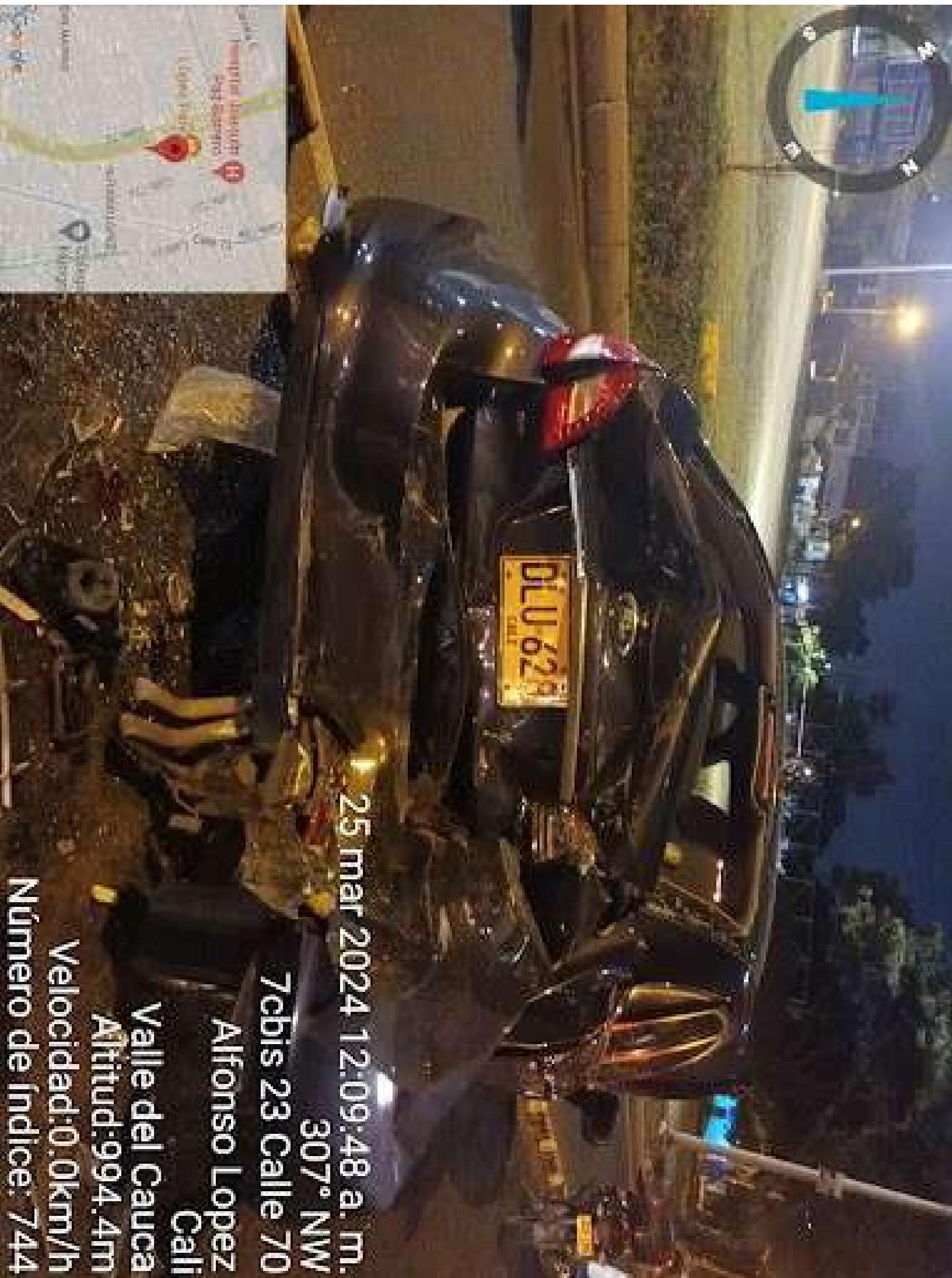
Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca

Altitud:987.2m

Velocidad:0.0km/h

Número de índice: 747



25 mar 2024 12:09:48 a. m.

307° NW

7cbis 23 Calle 70

Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca

Altitud: 994.4m

Velocidad: 0.0km/h

Número de índice: 744



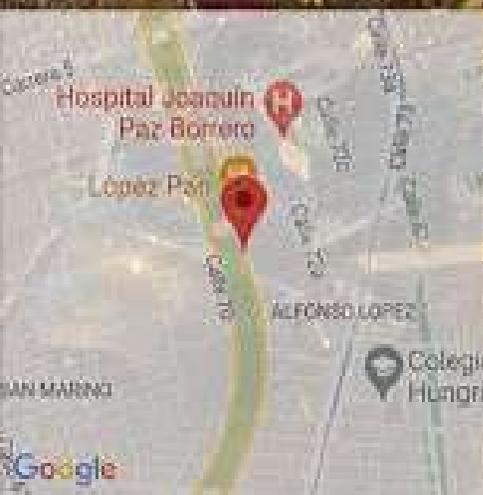
25 mar 2024 12:28:41 a. m.
291° W

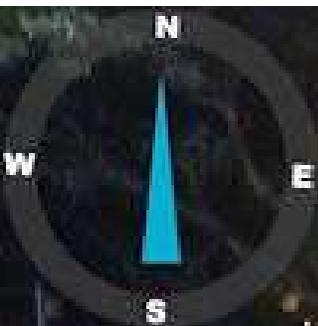
Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca
Altitud: 986.5m

Velocidad: 1.5km/h

Número de índice: 746





25 mar 2024 12:09:37 a. m.
358° N

Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca
Altitud: 995.4m

Velocidad: 0.5km/h

Número de índice: 743





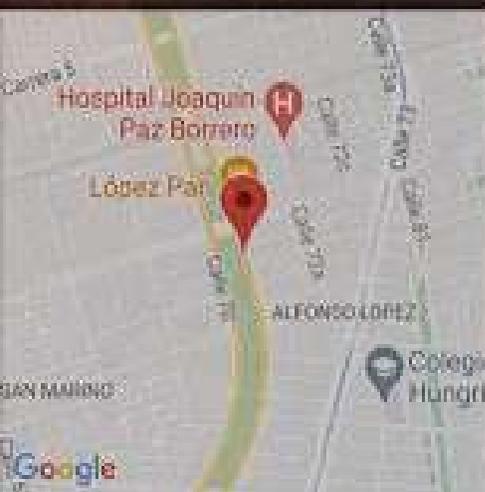
25 mar 2024 12:09:19 a. m.
163° S

Alfonso Lopez
Cali

Valle del Cauca
Altitud: 996.0m

Velocidad: 0.2km/h

Número de índice: 742



DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL



1

3/24/2024

2 LOCALIZACIÓN

CALI, VALLE DEL CAUCA
CL 70 #76 Bis 70, Alfonso Lopez, Cali, Valle del Cauca, Colombia

Georreferenciación
Lat: 3.46259 - Long: -76.4835

3 VALIDACIÓN CHOQUE SIMPLE

¿Hay más de 2 vehículos involucrados? SI NO
¿Hay víctimas o heridos en el accidente? SI NO
¿Existe parentesco con el otro conductor (cónyuge, hijos, padres, hermanos, nietos, tíos, o sobrinos)? SI NO



Vehículo A



Vehículo B

4 CONDUCTOR

Bonilla Arango, Jose Esteban
Cédula de ciudadanía: 1143859631



4 CONDUCTOR

Alegria, Jose Fernando
Cédula de ciudadanía: 1143555499



5 ASEGURADO A

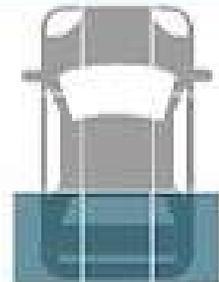
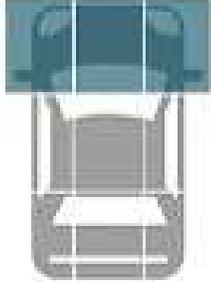
Cédula de ciudadanía 99999999

Cédula de ciudadanía 99999999

5 ASEGURADO B

7 VEHICULO A

8 PRIMER IMPACTO



CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:

CHOCO LA PARTE TRASERA DEL OTRO VEHICULO.

CIRCULABA SOBRE UNA VÍA PRINCIPAL O GLORIETA.

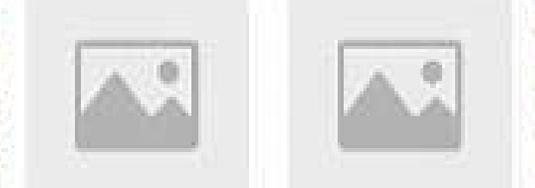
EVIDENCIAS:

DETERMINACIÓN DEL RESPONSABLE

EVIDENCIAS:



Con base a la información del accidente y las evidencias suministradas, se toma como principal responsable al conductor Jose Esteban Bonilla Arango identificado con cédula de ciudadanía Nro. 1143859631, quien conducía el vehículo con placas WCZ566.



COMENTARIOS

COMENTARIOS

transitaba por la calle 70 y al carril de adelantamiento me adelantó con calma y después freno lo golpeo

transitaba por la calle 70 y otro vehículo me colisionó por detrás

Yo Jose Esteban Bonilla Arango, identificado con cédula de ciudadanía número 1143859631 responsable por el vehículo con placa WCZ566, declaro que estoy de acuerdo con el documento "Parte amistosa" y toda la información que se encuentra en él.

Yo Jose Fernando Alegria, identificado con cédula de ciudadanía número 1143555499 responsable por el vehículo con placa DLU268, declaro que estoy de acuerdo con el documento "Parte amistosa" y toda la información que se encuentra en él.

IDENTIFICACION PERSONAL
 NOMBRE: CALI
 DNI: 30 MAR 1999
 CATEGORIA: O+ M
 VALOR: 1.75
 INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 FOTO: 

INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 VALOR: 1.75
 CATEGORIA: O+ M



IDENTIFICACION PERSONAL
 NOMBRE: CALI
 DNI: 08-DIC-1998
 CATEGORIA: A+ M
 VALOR: 1.80
 INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 FOTO: 

INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 VALOR: 1.80
 CATEGORIA: A+ M



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	VALOR	TIPO	USO
A1	1.75	COMIDA	PERSONAL
A2	1.75	COMIDA	PERSONAL

INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 VALOR: 1.75
 CATEGORIA: O+ M



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	VALOR	TIPO	USO
A1	1.80	COMIDA	PERSONAL
B1	1.80	COMIDA	PERSONAL
C1	1.80	COMIDA	PERSONAL

INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 VALOR: 1.80
 CATEGORIA: A+ M



IDENTIFICACION PERSONAL
 NOMBRE: CALI
 DNI: 120
 CATEGORIA: O+ M
 VALOR: 1.75
 INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 FOTO: 

INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 VALOR: 1.75
 CATEGORIA: O+ M



IDENTIFICACION PERSONAL
 NOMBRE: CALI
 DNI: 127
 CATEGORIA: O+ M
 VALOR: 1.80
 INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 FOTO: 

INSTITUCION: MUNICIPIO DE CALI
 VALOR: 1.80
 CATEGORIA: O+ M



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 Cedula de ciudadanía

Número: 1.143.955.499
FRANCO ALEGRIA

Apellido: **JOSE**

Jose Franco Alegria



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 Cedula de ciudadanía

Número: 1.143.969.831
BOWLLA ARANGO

Apellido: **JOSE ESTEBAN**

Jose Esteban Bowlla Arango



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
 LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1143M9488

Nombre: **JOSE FRANCISCO ALEGRIA**

Fecha de expedición: 24-03-2022

Fecha de vencimiento: 20-11-2025

Clase de licencia: **A***

VEHICULO DEL COMPLEJO CONDUCTOR CON LENTES

PROCESADO EN TRANSPORTE ESPECIALIZADO
 STRIA TTYOTTE MORAL CANDELARIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
 LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1143M9631

Nombre: **JOSE ESTEBAN BOWLLA ARANGO**

Fecha de expedición: 09-12-1996

Fecha de vencimiento: 02-08-2022

Clase de licencia: **A***

VEHICULO DEL COMPLEJO CONDUCTOR CON LENTES

PROCESADO EN TRANSPORTE ESPECIALIZADO
 STRIA TTYOTTE MORAL CANDELARIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. **10029994542**

PLAZA: DLU426	MARKA: FORD	LINEA: FIESTA	MODELO: 2012
QUILÓMETROS: 1.337	COLOR: GRIS VIOLETA	USO: PARTICULAR	
TIPO DE MOTOR: AUTOMOVIL	TIPO TRANSMISION: SEDA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CATEGORIA: 5
NUMERO DE IDENTIFICACION: CP135584	NO. DE DAF: DAF48JUCM13558	NO. DE DAF: DAF48JUCM13558	
NUMERO DE IDENTIFICACION: CP135584	NO. DE DAF: CP135584	NO. DE DAF: CP135584	

PROCESADO EN TRANSPORTE ESPECIALIZADO
ALEGRIA AMY BELSA FLOR

IDENTIFICACION: **C.C. 9996121**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. **10012760105**

PLAZA: VCZM6	MARKA: JINBE	LINEA: BY654EJ1535H	MODELO: 2015
QUILÓMETROS: 2.435	COLOR: BLANCO	USO: PUBLICO	
TIPO DE MOTOR: MICROBUS	TIPO TRANSMISION: CERRADA	COMBUSTIBLE: DIESEL	CATEGORIA: 17
NUMERO DE IDENTIFICACION: DA807431	NO. DE DAF: LYTHAAE17A100122	NO. DE DAF: LYTHAAE17A100122	
NUMERO DE IDENTIFICACION: LYTHAAE17A100122	NO. DE DAF: LYTHAAE17A100122	NO. DE DAF: LYTHAAE17A100122	

PROCESADO EN TRANSPORTE ESPECIALIZADO
SABCA-SUAREZ WILLIAM FERNANDO

IDENTIFICACION: **C.C. 1076194**

Bogotá, 23 de julio de 2024

Señora:

MELBA FLOR ALEGRIA AMU

ISABELCRISTINA@MCA.COM.CO

Cali

Referencia: SINIESTRO: SP147673 CASO: 201098
PÓLIZA: AA067097
ASEGURADO: WILLIAM FERNANDO GASCA SUAREZ
TOMADOR: TRANSPORTES ESPECIALES CIUDAD DE CALI S.A.S.

Respetada señora,

En atención a la reclamación presentada por Usted en calidad de propietaria, mediante la cual promueve la afectación de la póliza citada en asunto y solicita el reconocimiento y pago de indemnización con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el **24 de marzo de 2024**, en el que se vieron involucrados el vehículo asegurado de placa **WCZ566** y el automotor de placa **DLU628**. Sobre el particular, La Equidad Seguros Generales O.C., se permite manifestarle lo siguiente:

Primero: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, ordenamiento jurídico que en Colombia rige el contrato de seguro, señala que además de demostrar la ocurrencia del siniestro, se debe soportar la cuantía de la pérdida.

Por otra parte, consideramos importante aclarar que, la cobertura de Responsabilidad Civil otorgada mediante la póliza No. **AA067097** tiene establecido un deducible de UN (1) salario(s) mínimo(s) mensual(es) legal(es) vigente(s) para el año 2024.

Respetuosamente aclaramos que tanto en el artículo 1103 del Código de Comercio y los conceptos emitidos por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, han reiterado que el asegurado es quien afronta la primera parte del daño, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro las Compañías de Seguros solo indemniza la proporción de la pérdida que le corresponde, Por esta razón, La Equidad Seguros Generales O.C. está llamada a responder hasta el monto pactado en el contrato del seguro, sin asumir el deducible.

Segundo: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. le informa que ofrece la suma de **DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$2.236.300)** como indemnización integral, es decir por todo concepto.

Una aseguradora cooperativa con sentido social



Para autorizar el giro correspondiente, le solicitamos diligenciar y autenticar la constancia de indemnización y paz y salvo, así mismo diligenciar los formatos adjuntos en los espacios señalados en color gris, de forma clara, legible con huella y número de identificación. Una vez diligenciados adjuntar copia de la cédula ampliada al 150 y certificación bancaria a nombre del beneficiario de pago.

Tenga en cuenta que la respuesta a su reclamación la enviaremos a la dirección electrónica informada en el formulario de reclamación web, a través de nuestra plataforma de gestión de siniestros, que genera respuestas automáticas de notificación hacia el cliente externo de la Aseguradora, la cual podrá identificar bajo el destinatario onequidad@laequidadseguros.coop. Recuerde no responder, ni enviar documentos a este correo ya que es una dirección no habilitada para recibir información.

Si tiene alguna inquietud adicional, lo invitamos a acceder a nuestro portal web <https://www.laequidadseguros.coop/contacto/que-hacer-en-caso-de-siniestro> botón **Documentos anexos**, en el cual, Usted podrá cargar sus solicitudes de manera virtual, relacionando el número de caso **201098** y número de siniestro **SP147673**, y con gusto la resolveremos.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

COORDINACION DE INDEMNIZACIONES AUTOS Y RC

ELABORÓ: NP - ANALISTA DE INDEMNIZACIONES

Una aseguradora cooperativa con sentido social

CONSTANCIA DE INDEMNIZACIÓN Y PAZ Y SALVO

ASEGURADO: WILLIAM FERNANDO GASCA SUAREZ
TOMADOR: TRANSPORTES ESPECIALES CIUDAD DE CALI S.A.S.
RAMO: RCE
POLIZA: AA067097
SINIESTRO: SP147673 **CASO:** 201098
AGENCIA: CALI

Yo **MELBA FLOR ALEGRIA AMU**, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, que en adelante se llamará **EL RECLAMANTE**, obrando en mi calidad de propietario(a) del vehículo de placa **DLU628**, tercero(a) afectado(a) y beneficiario(a) del siniestro con cargo a la póliza de la referencia, por medio del presente documento hago constar:

PRIMERO.- Que he llegado con **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** Aseguradora de los riesgos de Responsabilidad Civil Extracontractual, a un arreglo transaccional definitivo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 2469 del Código Civil Colombiano, con ocasión de la reclamación presentada a consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el **24 de marzo de 2024**, en el cual se vio involucrado el vehículo asegurado de placa **WCZ566** y el automotor afectado de placa **DLU628**.

SEGUNDO.- Que, en virtud del presente acuerdo transaccional, se ha convenido que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** indemnizará a **EL RECLAMANTE**, con cargo a la póliza AA067097, la suma de **DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$2.236.300)** como indemnización integral que satisface todos los daños y perjuicios ocasionados en el accidente ya mencionado. El anterior valor nace de tomar el total de la pérdida indemnizable **(\$3.536.300)** y de restar el deducible contratado en la póliza que para el caso que nos ocupa es de **(\$1.300.000)**, el cual debe conciliar directamente con el asegurado. **EL RECLAMANTE** declara cancelada la obligación de resarcir los perjuicios que le han sido indemnizados, mediante el presente acuerdo y libera de cualquier acción de responsabilidad a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** a **EL ASEGURADO** y al conductor del vehículo asegurado y por lo tanto se abstendrá de iniciar o continuar cualquier acción legal en contra de estas personas por los mismos hechos.

TERCERO.- En caso de que **EL RECLAMANTE** no sea quien aparece inscrito en el certificado de propiedad del vehículo o bien pero acredita ser tenedor o poseedor del mismo, reconoce que no existe otra u otras personas con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización mencionada en la Cláusula Segunda y Tercera del presente documento, y en el evento de que aparezca alguien en esas mismas condiciones e igualdad de derechos, **EL RECLAMANTE** asumirá cualquier perjuicio que se le haya ocasionado a éste y exonera a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, de cualquier pago adicional que se relacione con los hechos reclamados.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

CUARTO.- Que en consecuencia de lo anterior, declaro a **PAZ Y SALVO** y libre de posteriores reclamos a **TRANSPORTES ESPECIALES CIUDAD DE CALI S.A.S.** en calidad de **Tomador del seguro**, a **WILLIAM FERNANDO GASCA SUAREZ** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa WCZ566, al conductor**, y a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** por los hechos ocurridos el **24 de marzo de 2024.**

QUINTO.- De acuerdo con lo establecido en los artículos 15, 2483 y concordantes del Código Civil Colombiano, renuncio y desisto de las acciones y derechos que me confieren las leyes civiles y penales para iniciar en un futuro acción alguna que persiga el pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales en contra de **TRANSPORTES ESPECIALES CIUDAD DE CALI S.A.S.** en calidad de **Tomador del seguro**, de **WILLIAM FERNANDO GASCA SUAREZ** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa WCZ566, del conductor**, y de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** que busque el pago de los perjuicios que ya le han sido resarcidos mediante el presente acuerdo, salvo lo que respecta al deducible, cuando éste se establezca expresamente en la Cláusula Segunda y que está a cargo de EL ASEGURADO.

SEXTO.- Que ostento la calidad de **único beneficiario**, en virtud de que no existen más personas con igual o mejor derecho a reclamar y en caso de aparecer más beneficiarios responderé civil y pecuniariamente hasta la concurrencia de la suma indemnizada

Para constancia se firma en _____ a los ____ días del mes de _____ del año 2024.

Nombre y Firma:

Fecha de nacimiento día/mes/año

Cedula de Ciudadanía No.

Dirección / Tel

Fecha de elaboración: 23 de julio de 2024

Una aseguradora cooperativa con sentido social

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA					
TIPO DE VINCULACIÓN:		PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/>	INTERMEDIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>		
CONCEPTO DE PAGO:		DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>		
DATOS DE LA EMPRESA							
NOMBRE:			NIT:		ACTIVIDAD ICA:		
DIRECCIÓN:			CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		
TELEFONOS:		FAX:		CELULAR:			
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL							
NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICIÓN		CIUDAD EXPEDICIÓN			
DIRECCIÓN:			CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		
TELEFONOS:		FAX:		CELULAR:			
<i>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:</i>							
CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS							
NÚMERO DE CUENTA		CORRIENTE: <input type="checkbox"/>	AHORROS: <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO			
BANCO		SUCURSAL		CIUDAD			
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS							
NOMBRES Y APELLIDOS		NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		TIPO	FECHA EXPEDICIÓN		CIUDAD EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA		AREA		CARGO			
TELEFONOS Y FAX		PBX		EXTENSION		FAX	
NOMBRES Y APELLIDOS		NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		TIPO	FECHA EXPEDICIÓN		CIUDAD EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA		AREA		CARGO			
TELEFONOS Y FAX		PBX		EXTENSION		FAX	
<i>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:</i>							
Email: _____							
En constancia se firma en: _____ a los () del mes de _____ de _____.							
Firma del Representante Legal y Sello				Firma y Cédula Persona Natural			

RECLAMO No.	15630083864	PLACA No.	DLU628	PTD	TRASPASO						
FECHA SINIESTRO	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td align="center">24</td> <td align="center">3</td> <td align="center">2024</td> </tr> </table>			DIA	MES	AÑO	24	3	2024		
DIA	MES	AÑO									
24	3	2024									
VALOR COMERCIAL VEHICULO				\$ 30.700.000							
VALOR ACCESORIOS				\$ 0							
VALOR TOTAL VEHICULO				\$ 30.700.000							
VALOR DEDUCIBLE		REPOSICIÓN									
Porcentaje		10%	NO	\$ 3.070.000							
Minimo en S.M.M.L.V.		0	SMMVL	\$ 0							
PARTICIPACION DE SALVAMENTO				\$ 921.000							
VALOR FINAL PARA LA LIQUIDACION			\$ 28.551.000							
DEDUCCIONES											
GASTOS TRAMITE A CARGO DEL ASEGURADO			\$ 466.300								
TOTAL DEDUCCIONES			\$ 466.300							
VALOR TOTAL LIQUIDACION			\$ 28.084.700							
VALOR A GIRAR AL ASEGURADO			\$ 28.084.700							
C.C o NIT. ASEGURADO	66.948.133										
NOMBRE ASEGURADO	MELBA FLOR ALEGRIA AMU										
VALOR A GIRAR POR REPOSICION			\$ 0							
NIT. CONCESIONARIO											
NOMBRE CONCESIONARIO											
DOCUMENTOS		CIUDAD		FECHA LIQUIDACION	2/5/2024						
EXC		IMP		FECHA PAGO							

