



Señores
FISCALÍA 19 LOCAL
Tuluá- Valle
E. S. D.

Referencia: **DESISTIMIENTO ACCIÓN PENAL.**
Delito: **LESIONES PERSONALES CULPOSAS**
SPOA: **768346000187202300424**
INDICIADO: **EDINSON MARULANDA GARCÍA**
VÍCTIMA: **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**

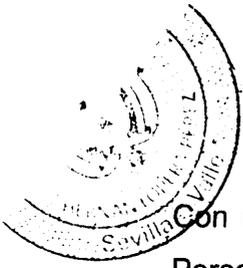
LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA, identificada con cédula de ciudadanía número 39.153.285 de San Andrés Islas, en mi calidad de víctima del accidente de tránsito ocurrido el día 02 de abril de 2023, en la vía Cali - Andalucía a la altura de KM 98+550 y donde estuvo involucrado el vehículo de placa **SSL241**, conducido por el señor **EDINSON MARULANDA GARCÍA**, de manera libre y espontánea manifiesto:

PRIMERO: Que desisto de la acción penal por Lesiones Personales Culposas con **SPOA 768346000187202300424**, en contra del señor **EDINSON MARULANDA GARCÍA**, por los hechos en los cuales resultamos con lesiones personales, y que se investigan en la actualidad en este Despacho.

SEGUNDO: El presente desistimiento se realiza debido a que, entre la **EQUIDAD SEGUROS**, compañía que amparaba al momento de los hechos el vehículo de placas **SSL241**. Se llevo a cabo acuerdo entre las partes mediante acta de conciliación en la Personería de Cali, donde se comprometieron al pago de **CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$40.000.000)**. Como cifra de indemnización integral de los perjuicios por nosotros sufridos.

ESPACIO EN BLANCO
NOTARIA PRIMERA DE SEVILLA





Con el fin de acreditar este desistimiento, se adjunta acta de conciliación en la Personería de Cali y desistimiento debidamente autenticado ante notario.

Atentamente,


LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA
C.C No. 39.153.285 DE SAN ANDRES

Coadyuvo,


LAURA XIMENA VANEGAS GARCIA
C.C No. 1.115.078.892 de Buga Valle
T.P. No. 283.989 del C.S de la J
Representante de Víctima



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 9471

En la ciudad de Sevilla, Departamento de Valle Del Cauca, República de Colombia, el dos (2) de abril de dos mil veinticinco (2025), en la Notaría primera (1) del Círculo de Sevilla, compareció: LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0039153285 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.


----- Firma autógrafa -----



bda0b6ff0a

02/04/2025 15:06:33

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

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

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: DESISTIMIENTO DESTINATARIO FISCALIA



Notario (1) del Círculo de Sevilla, Departamento de Valle Del Cauca
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: bda0b6ff0a, 02/04/2025 15:06:50



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

200.30.5

ACTA DE CONCILIACIÓN No. 1149

SOLICITUD No. 00118

FECHA DE SOLICITUD: 13 de marzo de 2025

FECHA DE AUDIENCIA: 31 de marzo de 2025

En la Ciudad de Santiago de Cali a los TREINTA Y UN (31) días del mes de MARZO de 2025, siendo las 8:30 a.m., asistieron ante el Centro de Conciliación de la Personería Distrital de Santiago de Cali de manera virtual, a través del aplicativo Google Meet, las siguientes personas:

Por la parte convocante:

La Doctora **LAURA XIMENA VANEGAS GARCÍA**, identificada civilmente con cédula de ciudadanía No. 1.115.078.892 de Buga, Valle, y profesionalmente con tarjeta profesional de abogada No. 283.989 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada judicial de la convocante, la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.153.285 de San Andrés Islas, con dirección en la CALLE 38C No. 18B – 12 OFICINA 303A de la ciudad de Tuluá, Valle, con teléfono de contacto 3152104077 y correo electrónico laura_vanegas92@hotmail.com. **ASISTE POR VIDEOCONFERENCIA.**

Por la parte convocada:

La doctora **CLARA STELLA ESTRADA ROSERO**, identificada civilmente con cédula de ciudadanía No. 1.085.326.886 de Pasto, y profesionalmente con tarjeta profesional de abogada No. 394.449 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada judicial de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, empresa legalmente constituida, identificada mediante NIT No. 860.028.415-5, con dirección en la AVENIDA 6A BIS No. 35 NORTE - 100 OFICINA 212, en la ciudad de Cali, teléfono (602)6594075 - 3155776200 y correo electrónico: notificaciones@gha.com.co - cestrada@gha.com.co. **ASISTE POR VIDEOCONFERENCIA**

La doctora **DARLY LICEHT LUCUMI**, identificada civilmente con cédula de ciudadanía No. 1.005.876.290 de Cartagena, y profesionalmente con tarjeta profesional de abogada No. 424.295 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada judiciales de los señores **HENRY HURTADO VILLARRUEL**, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.285.115 de Buga, y **EDINSON MARULANDA GARCÍA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.226.561, con dirección en la CALLE 5 No. 45 - 20 OFICINA 36, en la ciudad de Cali, teléfono 3016604190 y correo electrónico: apoyojuridico@taylorconsultores.com. **ASISTE POR VIDEOCONFERENCIA**

En presencia del doctor **GABRIEL ANDRÉS MOLINA MENDOZA**, Abogado Conciliador, identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.552.588 de Cali, quien está legalmente habilitado para ejercer la función de conciliador, autorizado por el Ministerio de Justicia y el Derecho, inscrita en el Centro de Conciliación de la Personería Distrital de Santiago de Cali; Centro de Conciliación autorizado mediante



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

Resolución No. 2354 de fecha septiembre 21 de 2006 del Ministerio del Interior y de Justicia.

HECHOS

La parte solicitante relata como hechos los siguientes:

"PRIMERO: La señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, sufrió accidente de tránsito dentro del vehículo de placa **SSL241** de propiedad del señor **HENRY HURTADO VILLARRUEL**. El vehículo al momento de los hechos se encontraba asegurado por **LA EQUIDAD SEGUROS**, según Póliza de Autos No. **AA071548**, con vigencia del 17 de julio de 2022 hasta el 17 de julio de 2023.

SEGUNDO: El día 02 de abril de 2023, la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, contrató en el municipio de Sevilla Valle, el servicio de transporte con la empresa Ciudad Señora, para cubrir el trayecto Sevilla - Buga Valle, para el cumplimiento de contrato de transporte se le asignó cupo en el microbús No.14 de placas **SSL241**. Manifiesta mi representada que antes de la ocurrencia del accidente el conductor del microbús señor **EDINSON MARULANDA GARCÍA**, descendiendo en varias oportunidades, donde en una de ellas abrió el capo y en otra intentó arreglar las plumillas; dice que después de que cruzaron el peaje de la Uribe, el microbús tuvo una fuerte vibración sin causa aparente posterior a ello y siendo aproximadamente las 07:30 horas, el conductor pierde el control del vehículo en el sector conocido como "la curva de las feas" donde finalmente colisionan.

TERCERO: El accidente de tránsito ocurrió según el Informe Policial de Accidente de Tránsito suscrito por el Policía de tránsito Rember Rene Rodríguez, por la hipótesis con codificación número 304 - OTRA- "...SUPERFICIE HUMEDA..." del Código Nacional de Tránsito Terrestre. Se adjunta IPAT.

CUARTO: Por las lesiones sufridas la señora Luz Elva, pierde el conocimiento en el lugar de los hechos y es trasladada en ambulancia inicialmente a la Clínica Dolormed de la ciudad de Tuluá y posteriormente remitida a la Clínica RedesMAT de la ciudad de Buga, donde es atendida en el servicio de urgencia, cirugía y hospitalización siendo diagnosticada inicialmente con:

DIAGNOSTICO CIE10 - INCAPACIDAD

Dx Ppal: S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

Dx Rel1: S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Dx Rel2: S202 CONTUSION DEL TORAX

Tipo Diagnostico: Confirmado Repetido



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

Remisión A Centro De Mayor Complejidad Para Toma De Tac De Torax Y Valoración Por Cx General, Por Lo Que Requiere Escala Analgésica, Además Se Fractura En Cx, Con Dolor De Alta Intensidad, Ahora Con Imágenes Interferenciales A Nivel De L5-S1, Con Cambios Compatibles Con Espasmos Musculares En Torax En Tac Y Valoración Y Manejo Médico Integral Por Ortopedia, Además Ante Clínica De Dolor, Deformidad En Tercio Medio De Húmero Derecho, Con Incapacidad Funcional, Con Rx Donde Se Evidencia Fractura En Tercio Medio Y Distal De Clavícula, Involuntaria, Angulada, Desplazada, Considero Continuar En Remisión Para Manejo Médico Integral Por Ortopedia Al Resolver Clínico Hospitalario, Por Lo Que Se Inicia Tratamiento En Remisión A Centro De Mayor Complejidad, Por Lo Que Se Comenta Paciente En El Asesoramiento Explico Condición Médica A Seguir Paciente Y Familiar Refiere Entender Y Aceptar.

Remisión A Centro De Mayor Complejidad Para Toma De Tac De Cráneo, Tac De Torax, Toma De Tac De Columna Lumbosacra, Valoración Por Neuror, Cx General Y Cx Maxilofacial Y Ortopedia Con Reporte De Imágenes. Continuar Manejo Con Ligeros

- 1. TRAUMA FACIAL EN FOP IMPEDIDO RECONSTRUCCIÓN, HERIDA CULTA OREJINA CON PLASTIAS EN Z
2. TEC. RESALTO
3. ESCOCHER DE COLUMNA LUMBAR
4. TRAUMA CERRADO DE TORAX CON FRACTURA DE 5 ARCO COSTAL DERECHAS. POR BLOQUEO REJA COSTAL DERECHA
5. FRACTURA CONSERVADORA DE CLAVICULA DERECHA
EX
PACIENTE REFIERE DOLOR FUNCIONALMENTE CONTROLADO EN REJA COSTAL DERECHA Y EN REGIÓN LUMBAR CON DESPLAZACIÓN MARCADAS, GRACIAS A BLOQUEO REALIZADO

Por los fuertes dolores que se derivaron de las lesiones del accidente de tránsito mi prohijada tuvo que consultar nuevamente el día 11 de abril de 2023, donde fue diagnosticada con:

DIAGNOSTICO CIE10 - INCAPACIDAD

Dx Ppal: S223 FRACTURA DE COSTILLA

Tipo Diagnostico:

SE REALIZA TOMOGRAFIA DE TORAX, DONDE SE OBSERVA FRACTURA DE 5 ARCO COSTAL DERECHA E INESTABILIDAD, SIN DESPLAZAMIENTO, NO ANGULADA, ADEMAS PRESENTA HEMORRAGIA LAMINAR DERECHA EN REJAS CUARTAS, NO HEMORRAGIA EN TORAX, SIN EFECTOS RESPIRATORIOS, CON LOCALIZACIÓN EN REGIÓN PARIETAL DERECHA, QUE SE ENLACEA CON LA FRACTURA, CON UNO DE LOS ARCOS COSTALES, CON RESERVA DE UN FRENTO DE DEFENSA MECANICA PARA, EXCELENTE QUE SE EXAMINA CON LA PALPACIÓN, COMPATIBLE CON LESIONES POSTRAUMÁTICAS.

Por las lesiones sufridas mi representada tuvo que ser intervenida quirúrgicamente el día 20 de abril de 2023, donde se le practico:

- EXPLORACION
EX
1. FOP DE LESIONES ABIERTAS + FLECCION DE PAIS Y FRACTURA DE CLAVICULA DERECHA
EX
2. PACIENTE REFIERE DOLOR CONTROLADO POR FIEB Y TOLERANCIA LA VIDA. DOLOR GARGANTA Y RESPIRACIONES NORMALES NO HUBO SINTOMAS AL EXAMEN FÍSICO

Se anexan historias clínicas completas

QUINTO: Mi representada también fue valorada por varias especialidades médicas quienes diagnosticaron lo siguiente:

NEUROCIRUGIA:

CONSEJO Y MANEJO PRIORITARIO**
PACIENTE CON FRACTURAS DE T6 Y T10 SIN INDICACION QUIRURGICA AL MOMENTO. REFIERE DOLOR DORSAL IZQUIERDO Y DOLOR LUMBAR MECANICO, SE SOLICITA VALORACION Y MANEJO A CONSIDERAR INFILTRACION DE PUNTOS DOLOROSOS Y/O BLOQUEO FACETARIO.

Se anexa historia clínica completa.

SEXTO: La señora Luz Elva, no solo tuvo secuelas físicas por el accidente de tránsito, sino que también tuvo una gran afectación su esfera emocional y psicológica, por los fuertes dolores que le impedian dormir, además de sufrir de una fuerte depresión por las lesiones sufridas que le han generado limitaciones en su diario vivir y que le han impedido valerse por sus propios medios, privándolo del disfrute pleno de su vida. Mi representada fue diagnosticada con:



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

PSICOLOGÍA

Diagnóstico: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Observación: SE REMITE A PSIQUIATRÍA PARA VALORACIÓN POR PRESENCIA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DEBIDO AL DOLOR MEDIADO POR EPISODIOS DE TRISTEZA PROFUNDA, LLANTO FÁCIL, DESINTERÉS Y PENSAMIENTOS DE DESESPERANZA.

PSIQUIATRÍA

CIÉ10	DIAGNOSTICO
F422	TRASTORNOS DE ADAPTACION
R522	OTRO DOLOR CRÓNICO

Se anexa historia clínica completa.

SÉPTIMO: A la señora Luz Elva, se le expidieron un total de 30 días de incapacidad médica. Se anexa historia clínica completa para acreditar los hechos anteriores.

OCTAVO: El día 15 de mayo de 2023, la señora Luz Elva, interpuso querrela por la comisión de la conducta punible de Lesiones Personales en accidente de tránsito ante la Fiscalía General de la Nación, la cual avocó conocimiento inicialmente la Fiscalía 31 Local y actualmente se tramita en la Fiscalía 19 de Local de Tuluá Valle, indagación conocida bajo SPOA No. 768346000187202300424.

NOVENO: Así las cosas, la Fiscalía 31 Local en su momento, con el fin de identificar las lesiones sufridas por mi representada, la remitió al Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, donde se determinó mediante el primer reconocimiento médico legal emitido por parte del médico forense **HECTOR FABIO SALDARRIAGA ARCINIEGAS**, lo siguiente:

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

Mecanismos traumáticos de lesión: Contundente, Abrasivo, Cortante. Incapacidad médico legal DEFINITIVA SESENTA (60) DÍAS. SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente. Perturbación funcional de miembro superior derecho de carácter permanente.

SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES

Se anexa dictamen completo.

DÉCIMO: El día 07 de marzo de 2025, la señora Luz Elva, fue calificada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca y obtuvo una Perdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional del 14,11%; como consecuencia de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito ocurrido el día 02 de abril de 2023. Se adjunta dictamen de calificación.

UNDÉCIMO: La señora Luz Elva, al momento del accidente de tránsito, se desempeñaba como independiente, en su establecimiento de comercio "Chicos Boutique" ubicado en el municipio de Sevilla Valle. Al momento del accidente no cotizaba al sistema de seguridad social, por lo que la liquidación se realizara con base en el salario mínimo de la fecha conforme a al principio de presunción. Es decir la suma de **UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS MCTE (\$1.160.000)**.

DÉCIMO SEGUNDO: Derivado del accidente de tránsito mi representada se vio en la obligación de asumir gastos tales como exámenes particulares y



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

*servicios de enfermería y curaciones. Por valor total de **NUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MCTE (\$9.546.344)**. Se adjunta, recibos y facturas.*

CONCEPTO DE GASTOS	VALOR
RESONANCIAMAGNETICA COLUMNA	2.589.544
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA	956.800
SERVICIO ENFERMERIA POR 4 MESES	6.000.000
TOTAL	9.546.344

DÉCIMO TERCERO: *Igualmente, mi prohijada tuvo que asumir los costos de transporte desde su lugar de residencia en Sevilla Valle hacía la ciudad de Buga para acudir a citas médicas, terapias, exámenes. El valor total del servicio de transporte ascendió a la suma de **UN MILLÓN CINCUENTA MIL PESOS MCTE (\$1.050.000)**. Para ello, mi prohijada acudió a los servicios de transporte del señor **HUGO ARANGO**. Se anexa recibos.*

DÉCIMO CUARTO: *Producto del accidente de tránsito del día 02 de abril de 2023, la vida de la señora Luz Elva, cambió radicalmente, pues dejo de ser la persona independiente que era, para depender de terceros quienes le ayudaban con actividades básicas como bañarse, ir al baño, movilizarse, los quehaceres del hogar y el trabajo etc. Durante los primeros meses tuvo que estar en su casa acostada con fuertes dolores que le impedían respirar, situación que tuvo un impacto negativo en su esfera emocional.*

Dice la señora Luz Elva, que constantemente se despierta durante la noche con pesadillas alusivas al accidente y que sus ciclos de sueños se han visto gravemente afectados, manifiesta que todos los días revive el accidente, por los fuertes dolores y la dificultad respiratoria que sobrevino de la lesión, que le impide realizar actividades físicas, que le ocasionan que se agite con mucha facilidad y los fuertes dolores de cabeza, mareos y de espalda que padece desde el accidente.

Expresa la señora Luz Elva, que por los traumas sufridos en el accidente de tránsito teme salir sola a la calle, usar transporte público y que ya no disfruta salir a departir con amigos y familiares como lo hacía, también esta situación ha tenido un impacto negativo en ella al no poder cuidar como lo hacía antes del accidente de su hijo y su hermana en condición de discapacidad, pues ahora le cuesta lidiar con ellos, pese a que hace su mejor esfuerzo, su condición médica empeora tanto que ya su manejo medico es por medicina del dolor.

Por las razones antes expuestas, se configuran para mi mandante Perjuicios Materiales o Patrimoniales, consistentes en Daño Emergente a causa dinero que tuvieron que emplear mis representados para gastos derivados del accidente de tránsito y la perdida de la capacidad laboral de la señora Luz Elva del 14,11%. Adicionalmente, este suceso ha causado en mi prohijada una serie de perjuicios de carácter afectivo y emocional, por cuanto su



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

relación personal, sentimental y de familia se han visto seriamente afectados como consecuencia de su deteriorado estado de salud y los demás traumas a los que fue sometida mi prohijada con ocasión del accidente de tránsito provocado por el señor EDINSON MARULANDA GARCÍA, con el vehículo de placa SSL241"

PRETENSIONES

La parte solicitante relaciona las siguientes pretensiones en su solicitud:

"Que, según cobertura de PÓLIZA DE SEGURO AUTOS de la compañía EQUIDAD SEGUROS, suscrita por la COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES CIUDAD SEÑORA, para el amparo del vehículo de placa SSL241 de propiedad del señor HENRY HURTADO VILLARRUEL; se sirvan reconocer y pagar la indemnización por accidente de tránsito a mi representada LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA, como consecuencia de los daños y perjuicios, discriminado en la forma siguiente:

1. PERJUICIOS PATRIMONIALES:

1.1 LUCRO CESANTE PASADO

Definido como la cantidad de dinero que la víctima dejó de recibir desde el momento del accidente hasta el momento de la liquidación.

1.1.1 La suma de **UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS MCTE (\$1.160.000)**. Por concepto de los 30 días de incapacidad médica.

1.1.2 La suma **DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE (\$2.320.000)**. Por concepto de los 60 días de incapacidad médico legal.

1.1.3 La suma de **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MCTE (\$4.950.373)**. A favor de la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**. Por concepto de la pérdida de la capacidad laboral del 14,11 % desde el 02 de abril de 2023 hasta marzo de 2025.



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

LUCRO CESANTE CONSOLIDADO		
$Rc = \frac{Ra \cdot (1+i)^n - 1}{i}$	Donde:	
	Rc= Lucro cesante consolidado	\$ 200.855,85
	Ra= Ingreso base de liquidación	0,004867
	i= Interés puro o técnico	23,33
	n= Numero de meses a liquidar	23,33
$Rc = \$ 200.855,85 \times \frac{(1 + 0,004867)^{23,33} - 1}{0,004867}$		
$Rc = \$ 200.855,85 \times \frac{(1,004867)^{23,33} - 1}{0,004867}$		
$Rc = \$ 200.855,85 \times \frac{1,119954 - 1}{0,004867}$		
$Rc = \$ 200.855,85 \times \frac{0,119954}{0,004867}$		
$Rc = \$ 200.855,85 \times 24,646394$		
Rc= \$ 4.950.372,42		
CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS		

1.2 . LUCRO CESANTE FUTURO

Definido como la cantidad de dinero que la víctima hubiera recibido desde la liquidación hasta finalizar el periodo indemnizable o vida probable.

1.2.1 La suma de TREINTA MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS MCTE (\$30.613.253). A favor de la señora LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA, por la pérdida de la capacidad del 14,11% derivada de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito ocasionado por el EDINSON MARULANDA GARCÍA, con el vehículo de placa SSL241.

LUCRO CESANTE ANTICIPADO O FUTURO		
$Rf = \frac{Ra \cdot (1+i)^n - 1}{i(1+i)^n}$	Donde:	
	Rf= Lucro cesante Futuro o Anticipado	\$ 200.855,85
	Ra= Ingreso base de liquidación	0,004867
	i= Interés puro o técnico cuyo	278,87
	n=numero de meses a liquidar	278,87
$Rf = \$ 200.855,85 \times \frac{(1 + 0,004867)^{278,87} - 1}{0,004867 \times (1 + 0,004867)^{278,87}}$		
$Rf = \$ 200.855,85 \times \frac{(1,004867)^{278,87} - 1}{0,004867 \times (1,004867)^{278,87}}$		
$Rf = \$ 200.855,85 \times \frac{3,872700 - 1}{0,004867 \times 3,8727}$		
$Rf = \$ 200.855,85 \times \frac{2,872700}{0,018848}$		
$Rf = \$ 200.855,85 \times 152,414049$		
Rc= \$ 30.613.253,36		
TREINTA MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS CON TREINTA Y SEIS CENTAVOS		

1.2 DAÑO EMERGENTE PASADO y/o CONSOLIDADO:

Definido como el empobrecimiento directo del patrimonio económico de las víctimas: es decir, cuando un bien económico (dinero, cosas, servicios) sale de su patrimonio, por tal razón en el presente caso se ha causado dicho perjuicio.



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

- 1.2.1 La suma de **NUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MCTE (\$9.546.344)**.
Por concepto de exámenes particulares y servicios de enfermería y curaciones.
- 1.2.2 La suma de **UN MILLÓN CINCUENTA MIL PESOS MCTE (\$1.050.000)**.
Por concepto de transporte.

TOTAL, PERJUICIOS PATRIMONIALES: CUARENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS MCTE (\$49.639.970).

2 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES:

2.1 **DAÑO MORAL:** Estos son los que afectan los aspectos íntimos, sentimentales o afectivos, la personalidad, la integridad corporal, el derecho a un buen nombre y comúnmente la jurisprudencia los ha denominado "Premium doloris". La reparación del daño moral se identifica con un sentido resarcitorio, proporcional al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción y la ofensa que se le causo, que se le otorgue ciertamente una indemnización propiamente dicha o un equivalente mesurable por los mismos, discriminados para este caso así:

- 2.1.1 La suma de dinero correspondiente a **TREINTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$30.000.000)**. A favor de la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**.

TOTAL, PERJUICIOS MORALES: TREINTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$30.000.000).

2.2. **DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN:** Privación objetiva de la facultad de realizar actividades cotidianas tales como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, departir con los amigos y familia, disfrutar el paisaje, tener relaciones íntimas, etc, discriminados para este caso así:

- 2.2.1 La suma de dinero correspondiente a **TREINTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$30.000.000)**. A favor de la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**.

TOTAL, DAÑO EN VIDA DE RELACIÓN: TREINTA MILLONES PESOS MCTE (\$30.000.000)."

CONSIDERANDO

Que después de haber escuchado las distintas fórmulas de arreglo planteadas por las partes y el conciliador, las primeras han llegado de manera libre, voluntaria y espontánea a un ACUERDO Conciliatorio que se registrá por las cláusulas que a continuación se enuncian.



ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

ACUERDO PACTADO

la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.153.285 de San Andrés Islas en calidad de convocante, acepta el ofrecimiento de la compañía **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, empresa legalmente constituida, identificada mediante NIT No. 860.028.415-5 por valor de **CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$40.000.000)**, por concepto de reparación integral por los perjuicios causados con motivo del accidente de tránsito ocurrido el día 02 de Abril de 2023 en el que estuvo involucrado la convocante y el vehículo de placas SSL-241.

La anterior suma de dinero será pagada a través de transferencia electrónica dentro de los veinte (20) días hábiles contados a partir de que la compañía aseguradora reciba por parte de los convocantes los siguientes documentos:

1. Copia del documento SARLAFT debidamente diligenciados de las señoras **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA** y **LAURA XIMENA VANEGAS GARCÍA**.
2. Formato de autorización pago de indemnización diligenciado por **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA** y **LAURA XIMENA VANEGAS GARCÍA**.
3. Certificaciones bancarias en el que conste la titularidad la convocante **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.153.285 de San Andrés Islas y la doctora **LAURA XIMENA VANEGAS GARCÍA**, identificada civilmente con cédula de ciudadanía No. 1.115.078.892 de Buga, Vallé.
4. Copia de la radicación del desistimiento de proceso penal que se identifica con el número de SPOA No. 768346000187202300424 el cual cursa en la Fiscalía No. 19 Local de Tuluá, Valle en contra del señor **EDINSON MARULANDA GARCÍA**.
5. Acta de Conciliación por parte del Centro de Conciliación de la Personería Distrital de Santiago de Cali.
6. Fotocopia de la cédula de ciudadanía las señoras **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA** y **LAURA XIMENA VANEGAS GARCÍA** ampliadas al 150%.

La convocante, **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.153.285 de San Andrés Islas, autoriza expresamente, a la compañía **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** para que se desembolse el valor acordado de la siguiente manera:

1. De acuerdo con la autorización libre y voluntaria de la convocante, la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, en la cuenta de corriente No. 0560137660000266 del **BANCO DAVIVIENDA S.A.**, la suma de **VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS MCTE. (\$28.000.000)** por concepto de indemnización.

2. De acuerdo con la autorización libre y voluntaria de la convocante, la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA**, en la cuenta de ahorros No.76297231274 de **BANCOLOMBIA S.A.**, cuyo titular es la abogada **LAURA XIMENA VANEGAS**



Personería
Santiago de Cali

20251040101071

Al contestar por favor cite estos datos

Radicado No. *20251040101071*

Fecha: 31-03-2025

Rad padre: 20252450071242

ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

GARCIA, identificada con cédula de ciudadanía No.1.115.078.892, la suma de DOCE MILLONES DE PESOS MCTE. (\$12.000.000) por concepto de honorarios.

En virtud del pago al que se obliga LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO por medio de la presente acta de conciliación, la señora LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA, declara integralmente satisfechas las obligaciones derivadas o que pudieran derivarse del siniestro citado, absteniéndose de iniciar o continuar cualquier acción judicial, civil, administrativa y/o penal por sí mismos o interpuesta por persona en contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES CIUDAD SEÑORA DE BUGA – COOTRANCISE, el señor HENRY HURTADO VILLARRUEL y EDINSON MARULANDA GARCÍA y se obliga a presentar los correspondientes desistimientos, así como ratificar ante los despachos judiciales a los que haya lugar, que el pago fue realizado por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

Habiendo aprobado las partes, el acuerdo pactado, la conciliadora le imparte aprobación y advierte que el presente acuerdo hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo, de conformidad con el artículo 64 de la Ley 2220 de 2022.

No siendo más el objeto de esta audiencia, se da por terminada la presente reunión virtual siendo las 10:58 a.m., dejando constancia que la aprobación del acuerdo fue grabada.

Leído el contenido del Acta, la misma es aprobada en todas sus partes por quienes participaron de la reunión, quienes además aprueban que sea firmada por el conciliador.

Se pone de manifiesto a las partes que el original del Acta permanecerá en el archivo del CENTRO DE CONCILIACIÓN.

GABRIEL ANDRÉS MOLINA MENDOZA
CONCILIADOR EXTRAJUDICIAL EN DERECHO
C.O. No. 54.552.588 de Cali
T.P. No. 323.654 del C.S. de la J.
CÓDIGO DEL CENTRO 3260



**Personería
Santiago de Cali**

20251040101071

Al contestar por favor cite estos datos

Radicado No. *20251040101071*

Fecha: 31-03-2025

Rad padre: 20252450071242

ACTA DE ACUERDO TOTAL VIRTUAL

REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ASISTENCIA A LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

Por la parte convocante:



Laura Ximena Vanegas García
C.C. No. 1.115.078.892 de Buga
T.P. No. 283.989 del C.S de la J.

Por la parte convocada:



La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo
Apoderada: Clara Stella Estrada Rosero
C.C. No. 1.085.326.886 de Pasto
T.P. No. 394.449 del C.S. de la J.



Convocados Henry Hurtado Villarruel y Edinson Marulanda García
Apoderada: Darly Liceht Lucumi
C.C. No. 1.005.876.290 de Cartagena
T.P. No. 424.295 del C.S. de la J.



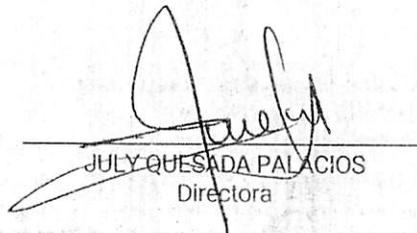
Personería
Santiago de Cali

El director del Centro de Conciliación de la Personería Municipal de Santiago de Cali, en cumplimiento del artículo 64 de la Ley 2220 de 2022.

HACE CONSTAR

1. Que el Doctor GABRIEL ANDRÉS MOLINA MENDOZA Abogado Conciliador, inscrito ante el Ministerio de Justicia y del Derecho con Cedula de Ciudadanía No. 94.552.588 de Cali, celebró Audiencia de Conciliación, logrando Acuerdo Conciliatorio mediante Acta No. 1149 de fecha de TREINTA Y UNO (31) de MARZO de dos mil veinticinco (2025), registrada en el Libro de Actas a folio 17.
2. Que en los términos del artículo 64 de la Ley 2220 de 2022, la presente Acta de Conciliación *hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo.*

Para constancia se firma el TREINTA Y UNO (31) de MARZO de dos mil veinticinco (2025).


JULY QUESADA PALACIOS
Directora

Primera Copia
Presta Mérito Ejecutivo

CENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI

Código
Centro
3260

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO
ACTA - CONCILIACIÓN TOTAL

Número del Caso en el centro: 00118 Fecha de solicitud: 13 de marzo de 2025
Cuantía: 109639970.00 Fecha del resultado: 31 de marzo de 2025

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	39153295	LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
2	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	94285115	HENRY HURTADO VILLARRUEL
3	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	94226561	EDINSON MARULANDA GARCIA
4	ORGANIZACIÓN	NIT	891300733	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES CIUDAD SEÑORA

Area:	Tema: RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL
CIVIL Y COMERCIAL	Subterna:

Conciliador: GABRIEL ANDRES MOLINA MENDOZA
Identificación: 94552588

El presente documento corresponde al registro del caso en el Sistema de Información de la Conciliación, el Arbitraje y la Amigable Composición - SICAAC del Ministerio de Justicia y del Derecho, de conformidad con lo señalado en el artículo 21 numeral 9 y artículo 66 de la Ley 2220 de 2022. Una vez se ha verificado el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el artículo 64 de la citada norma y corroborada la adscripción del (la) conciliador (a) a este Centro de Conciliación. Las primeras copias del acta prestan mérito ejecutivo y hacen tránsito a cosa juzgada en los casos y para los efectos establecidos en la Ley. El original del acta y la copia de los antecedentes del trámite reposan en los archivos de este Centro de Conciliación.

En constancia de lo anterior, se suscribe por el (la) Director(a) del Centro:

Identificador Nacional SICAAC	
N° Caso:	2754803
N° De Resultado:	2576524

Firma: 
Nombre: JULY QUESADA PALACIOS
Identificación: 31307110

Fecha de impresión:
lunes, 31 de marzo de 2025

AUTORIZACIÓN DE PAGOS POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS

Vicepresidencia Financiera / Gerencia de Inversiones - Tesorería
 Sólo se acepta el formato en físico y/o PDF. No se recibe con enmendaduras, tachones e ilegibles.



- SOLICITUD INICIAL
 ACTUALIZACIÓN DE DATOS
 MODIFICACIÓN DE CUENTA (Adjuntar Certificación Bancaria)

FECHA: 26 | 03 | 25
 SUCURSAL DE ENTREGA: CAG

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

NOMBRE (PERSONA NATURAL) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA JURÍDICA)
 Luz Elena Arboleda Arboleda

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NIT C.E.
 NÚMERO DE DOCUMENTO: 3191151321815111

CORREO ELECTRÓNICO: Laura_Vanegas92@hotmail.com
 TELÉFONO FIJO / CELULAR: 3216424870

2. INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA

• NO PODRÁ SER CONJUNTA. EL BENEFICIARIO DE LOS PAGOS DEBERÁ SER EL ÚNICO TITULAR BENEFICIARIO DEL PAGO.

SELECCIONE Y/O INDIQUE LA ENTIDAD BANCARIA: Davivienda
 TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE
 NÚMERO DE CUENTA (Según relación): 051610113176101010121616
 DEPARTAMENTO, MUNICIPIO Y CIUDAD DE LA CUENTA: Valle del Cauca Sevilla

ENTIDAD	VALIDACIÓN DE CUENTA POR NÚMERO DE DÍGITOS		ENTIDAD	VALIDACIÓN DE CUENTA POR DISTRIBUCIÓN DE DÍGITOS	
	AMBITO	COMENTE		AMBITO	COMENTE
BANCO AGRARIO	12	12	BANCO DE OCCIDENTE	9	9
BANCO AV. VILLAS	9	9	BANCO FALLABELLA S.A	12	12
BANCO BBVA	9	9	BANCO GNB SUDAMERIS	11 / 12	7 / 8
BANCO BCSC S. A (CAJA SOCIAL)	11	11	BANCO ITAU	9	9
BANCO BOGOTÁ	9	9	BANCO PICHINCHA	9	9
BANCO CITIBANK	10	10	BANCO POPULAR	12	12
BANCO COLOMBIA	11	11	BANCO PROCREBIT	13	13
BANCO COMEVA	12	12	BANCO SKOTIABANK COLPATRIA	10	10
BANCO DAVIVIENDA	12	12	BANCO W	10 / 11	10 / 11

3. DECLARACIÓN

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE
- INFORMARE DE MANERA OPORTUNA A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, CUALQUIER CAMBIO EN LOS DATOS SUMINISTRADOS A TRAVÉS DE ESTE FORMATO.
- EN EL EVENTO DE RECIBIR EL PAGO DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, NO DESTINARE ESOS RECURSOS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO, GRUPOS TERRORISTAS O ACTIVIDADES TERRORISTAS
- EL DILIGENCIAMIENTO DEL PRESENTE FORMATO NO IMPLICA UN COMPROMISO DE PAGO O ACEPTACIÓN DE LA OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS A FAVOR DEL SUSCRIPTOR.
- LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, NO SE HACE RESPONSABLE POR EVENTUALES RETRASOS O DEMORAS QUE SE PRESENTEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS PAGOS O TRANSFERENCIAS DEBIDO A INEXACTITUDES DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA POR EL BENEFICIARIO EN EL PRESENTE FORMATO.

4. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA QUE A TRAVÉS DE LA UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, ABONE A LA CUENTA QUE SE INDIKO EN EL NUMERAL 2, EL PAGO DE MIS ACREENCIAS.

Luz Elena Arboleda A.
 FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA (PERSONA NATURAL) O REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA JURÍDICA)

NOMBRE: Luz Elena Arboleda A. No. IDENTIFICACIÓN: 39.153.285

5. ESPACIO EXCLUSIVO DE PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

TIPO DE PERSONA SISE	CÓDIGO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO DEL ÁREA QUE RADICA	EXT.	FECHA DE ENTREGA FORMATO
AGENTE				
ASEGURADO		NOMBRE FUNCIONARIO DE CAJA / TESORERÍA QUE GRABA LA INFORMACIÓN		FECHA DE GRABACIÓN CUENTA
CESIONARIO				
EMPLEADO		OBSERVACIONES		CÓDIGO DE ARCHIVO SISE
PROVEEDOR				
TERCERO				

ADRES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFOS NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSS)

PERSONAS NATURALES - TURPEN

PART E A

Fecha de radicación: 26/03/2025 No. Radicación: Espacio para colocar el sticker de radicación

No. Radicación anterior:

II. DATOS DEL INTERESADO DE LA RECLAMACIÓN

1er Apellido: ARBOLEDA 2do Apellido: ARBOLEDA

1er Nombre: Luz 2do Nombre: LVA

Tipo de documento: CE PA PE PT No. de documento: 21 163 285

Dirección Domicilio: Calle 50 # 50 - 33

Correo Electrónico: luzchicos@hotmail.com

Departamento: Valle del Cauca Teléfono: N/A

Municipio: SEVILLA Celular: 3216924870

Cuenta bancaria: 056015766000286 Banco: Dauvitenda Tipo de cuenta: Corriente

Parentesco o relación con la víctima:
 Padres Cónyuge Compañero (a) permanente
 Hijos Hermanos Representante Legal

III. DATOS DEL ABOGADO (ABOGADO CON PODER PARA TRANSITAR LA RECLAMACIÓN)

1er Apellido: JANEQUE 2do Apellido: GAECIA

1er Nombre: Laura 2do Nombre: XIMENA

Tipo de documento: CE PT No. de documento: 1.175.078.891

Dirección: Calle 38c 1 # 18B # 12 OF 303A

Correo Electrónico: laura-janeque92@hotmail.com

Departamento: Valle del Cauca Teléfono: 3152104077

Municipio: Tuluá Tarjeta Profesional: 783989

IV. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: ARBOLEDA 2do Apellido: ARBOLEDA

1er Nombre: Luz 2do Nombre: LVA

Tipo de documento: CE CD PA SC PE RC TI CH DE No. de documento: 29 153 285

Fecha de nacimiento: 24/04/1967 Sexo: M F O

Otención domicilio: Calle 50 # 50 - 33

Departamento: Valle del Cauca Municipio: SEVILLA

Zona: U R

Condición del accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista Teléfono: 3216924870

Fecha en caso muerte:

V. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del evento: Accidente de tránsito

Naturales:
 Sismo Maremoto Erupciones volcánicas Huracán Inundaciones Tornado
 Avalancha Deslizamiento de tierra Incendio natural Rayo Vendaval

Terroristas:
 Explosión Masacre Mina antipersonal Incendio Ataque a municipios Combate

Otros: Culi:

Dirección de la ocurrencia: Via Cali - Andalucía km 98 + 550

Fecha evento/accidente: 23/09/2024 Hora: 07:20

Departamento: Valle del Cauca Municipio: Bugatagende

Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito:
 En Calidad de Pasajera del Bus de Placa SSL-241 que perdió el control y resultó lesionada

ADRES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
[EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFOS NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CHSSE]
PERSONAS NATURALES - FURPEN

PÁG. 2

V. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado No asegurado Vehículo fantasma Póliza falsa

Marca: _____ Placa: _____

Tipo de servicio: Automóvil Bus Buseta Camión Camioneta Camper Microbus Tractorcamión
 Motocicleta Motocarro Mototriciclo Cuatrimoto Moto Extranjera Vehículo Extranjero

Nombre de la aseguradora: Previsora

Número de la póliza: 41310210041649210010 Intervención de autoridad NO

Vigencia desde: 29/03/2023 hasta: 28/03/2024

VI. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

1er Apellido: Hurtado 2do Apellido: Villarruel

1er Nombre: Henry 2do Nombre: _____

Tipo de documento: CE PA NI TI PE PT No. de documento: 94285115

Dirección residencia: sin información

Departamento: sin información Teléfono ó celular: 3108387506

Municipio: sin información

VII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

1er Apellido: MARULANDA 2do Apellido: CARCIA

1er Nombre: EDINSON 2do Nombre: _____

Tipo de documento: CE PA RC TI PE PT SC CD DC SI No. de documento: 94.226.561

Dirección residencia: Calle 33A # 11 - 4C

Departamento: Valle del Cauca Teléfono ó celular: 3167989971

Municipio: Buga

VIII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al beneficio reclamado:

Concepto reclamado	X	Valor reclamado
Indemnización por muerte y Gastos Funerarios	<input checked="" type="checkbox"/>	
Incapacidad permanente	<input checked="" type="checkbox"/>	

IX. DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo, Elizabeth Arboleda identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.153.285 de S. Andrés declaro bajo la gravedad de juramento que la información contenida en este documento es cierta y podrá ser verificada por la ADRES o quien haga sus veces, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación y autorizo expresamente al médico o entidad Hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ast mismo, autorizo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para que me notifique el resultado de auditoría y demás actos que se emitan durante el presente trámite al correo electrónico o dirección de domicilio del campo diligenciado en el FURPEN, conforme lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).

Elizabeth Arboleda
Firma del reclamante

Impresión dactilar



Total folios:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.153.285**
ARBOLEDA ARBOLEDA

APELLIDOS
LUZ ELVA

NOMBRES

LUZ ELVA ARBOLEDA S.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1961**

SEVILLA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

23-OCT-1980 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3109700-00142989 F-0039153285-20081226

0008849415A 1

4240003337

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.115.078.892**
VANEGAS GARCIA

APELLIDOS
LAURA XIMENA

EXCLUSIVO CONCILIACION LUZ ELVA ARBOLEDA// EQUIDAD SEGUROS
NOMBRES

Laura X Vanegas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1992**

BUGA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

14-ENE-2011 BUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Yacha

INDICE DERECHO

EXCLUSIVO CONCILIACION LUZ ELVA ARBOLEDA// EQUIDAD SEGUROS REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO YACHA



A-3110600-01071827-F-1115078892-20190409

0065166918A 2

9907882274



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
LAURA XIMENA

APELLIDOS:
VANEGAS GARCIA

EXCLUSIVO CONCILIACION LUZ ELVA ARBOLEDA// EQUIDAD SEGUROS

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

GLORIA STELLA LÓPEZ JARAMILLO

UNIVERSIDAD

UNIDAD CENTRAL VALLE

CEDULA

1115078892

FECHA DE GRADO

25/11/2016

FECHA DE EXPEDICION

04/01/2017

CONSEJO SECCIONAL

BOGOTA

TARJETA N°

283989

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

N° SINIESTRO

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

AGENCIA CALI	DD 03	MM 04	AAAA 2025
-----------------	----------	----------	--------------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: ARBULEDA SEGUNDO APELLIDO: ARBULEDA PRIMER NOMBRE: LUZ SEGUNDO NOMBRE: ELVA

C.C. C.E. T.I. R.I. OT. NÚMERO: 39.153.285 LUGAR DE EXPEDICIÓN: San Andrés FECHA DE EXPEDICIÓN: 23-10-1980 SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: 21-02-1961 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACION / PROFESION: Comerciante Popa

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: 2 ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: Comerciante de Popa

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A CARGO: N/A

CIUDAD: N/A DIRECCION: N/A TELEFONO: N/A FAX: N/A

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 50 + 50 - 30 CIUDAD DE RESIDENCIA: Sevilla

TELEFONO: N/A CELULAR: 3216424870 EMAIL: luzchicos@hotmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO POR SU ACTIVIDAD O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI NO

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

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

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON 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: DIRECCION _____ CIUDAD _____ TELEFONO: _____

PAG. WEB _____ FAX: _____

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION _____ CIUDAD _____ TELEFONO: _____

FAX: _____

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____

IDENTIFICACION 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 RELACION):

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	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: \$ 7.000.000 ACTIVOS: \$ 200.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 1.900.000 PASIVOS: \$ 30.000.000

OTROS INGRESOS: \$ 0 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	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Comerciante de Popa
- 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 todas sus partes.
- 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, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

[Firma]
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 39.153.285

[Huella]
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: _____

N° SINIESTRO

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

AGENCIA CAL3	DD 03	MM 04	AAAA 2025
-----------------	----------	----------	--------------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: VANEGAS SEGUNDO APELLIDO: GARCIA PRIMER NOMBRE: LAURA SEGUNDO NOMBRE: XIMENA

C.C. C.E. T.I. R. OT. NÚMERO: 7.115.078.892 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Buga FECHA DE EXPEDICIÓN: 14-01-11 SEXO: F. M.

FECHA DE NACIMIENTO: 08-12-1992 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: ABOGADA

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

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A CARGO: N/A

CIUDAD: N/A DIRECCIÓN: N/A TELÉFONO: N/A FAX: N/A

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 38C 1F 18B-12 OF 303A CIUDAD DE RESIDENCIA: Tulua

TELÉFONO: N/A CELULAR: 3152904577 EMAIL: laura.vanegas92@hotmail.com

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

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, APOORTE 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: \$ 150.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 2.000.000 = PASIVOS: \$ 10.000.000

OTROS INGRESOS: \$ 0 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: 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 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 todas sus partes.
- 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, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADÉMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Laura X Vanegas G

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 7.115.078.892.



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: _____


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 W7 Elva	PRIMER APELLIDO ARBOLEDA	SEGUNDO APELLIDO ARBOLEDA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN Cédula	NÚMERO 39.153.285	FECHA EXPEDICION 23-OCT-1980
DIRECCION Calle 50 # 50 - 33	CIUDAD Sevilla	DEPARTAMENTO San Andrés
TELEFONOS: NA	FAX:	CELULAR: 3216424870

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 056013766000266	CORRIENTE <input checked="" type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO Davivienda	SUCURSAL Centro	CIUDAD Sevilla

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: **w7chicos@hotmail.com**

 En constancia se firma en: **Sevilla** a los **03**) del mes de **ABRIL** de **2025**

Firma del Representante Legal y Sello


 Firma y Cédula Persona Natural



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:		CIUDA D:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:	

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES LAURA XIMENA		PRIMER APELLIDO VANE GAS	SEGUNDO APELLIDO GARCIA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN Cedula	NÚMERO 1.115.078.892	FECHA EXPEDICION 14-01-2011	CIUDA D EXPEDICION Buga
DIRECCION: Calle 38c1 # 133 12 OF 307A		CIUDA D: Tuluca	DEPARTAMENTO: Valle del Cauca
TELEFONOS: N/A	FAX:	CELULAR: 3152101077	

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 76297231274	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO Barcoombia	SUCURSAL Centro	CIUDA D Tuluca

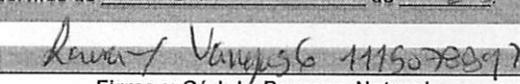
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
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	
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: **laura.vanegas92@hotmail.com**

En constancia se firma en: **Tuluca** a los (03) del mes de **ABRIL** de **2025**.

Firma del Representante Legal y Sello	 Firma y Cédula Persona Natural
---------------------------------------	--

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SEVILLA, VALLE
DEL CAUCA,
COLOMBIA,
A quien interese

19/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **LUZ ELVA ARBOLEDA ARBOLEDA** con **Cédula de Ciudadanía** número **39153285**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número

0560137660000266

Fecha de apertura

23/03/2010

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Certificado Bancario

Viernes, 28 de marzo de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LAURA XIMENA VANEGAS GARCIA identificado(a) con CC 1115078892, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	76297231274	2013/05/10	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.



Ministerio de Transporte: Licencias No. 805 de marzo 5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct. 8/2020.

HERRERA & f

04 ABR 2025

RECIBI
D. REPUBLICA ACE+

SE0000080841491



servientrega

  9182174312		CALI	
VALLE		F.P.: CON	
Pers1			
Pers2			
Pers3			
REMITENTE: LAURA XIMENA VANEGAS GARCIA TULUA - VALLE			
TEL: 3152104077 - P. Admisión Electronica			
		Vr. A Cobrar \$ 0	
			
DESTINATARIO: CLARA STELLA ESTRADA ROSERO D.U.NIT: 3182129732 TEL: 3182129732 DIR: AV 6 A BIS # 35 N - 100 OF 212 CENTRO EMPRESARIAL CHIPICHAPE			