



SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

Código: SO-F-03

Versión: 02

Fecha de inicio: 2024-04-01

Señores:

CENTRO NACIONAL DE CONCILIACIÓN DEL TRANSPORTE

Fecha Radicado

BOGOTA

CALI

BARRANQUILLA

Expediente No

MEDELLIN

Nº De Vehículos

Nombre:

Identificado con C.C. No.

En calidad de

del vehículo de placas

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

CUANTÍA

ANEXOS

CONDUCTOR:

C  
O  
N  
D  
U  
C  
T  
O  
R  
E

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	

CONDUCTOR:

C  
O  
N  
D  
U  
C  
T  
O  
R  
E

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DE ASISTENCIAS										
Firma SLT DE COLOMBIA			Abogado asignado Andres Camilo Castaño Garcia				N° Sinistro 143884720			
Fecha Asistencia 1 0 0 9 2 0 2 4			Tipo Asistencia Solo daños							
Fecha Accidente 1 0 0 9 2 0 2 4			Dirección Accidente CALLE 53 NO 50 -37				Ciudad Accidente BELLO			
Tipo Proceso Daños <input checked="" type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Otros Daños <input type="checkbox"/>			Autoridad que Conoce Tránsito <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> Juzgado <input type="checkbox"/> Centro de Conciliación <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/>							
Descripción Autoridad			Entrega Provisional SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			Entrega Definitiva SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
2. INFORMACIÓN VEHÍCULO ASEGURADO										
Placa FUM711		Nombre Propietario VERONICA HENAO CORREA				Nombre Conductor EDWIN ALEJANDRO MIRANDA AGUDELO				
Teléfono 1 3243444165		CC Prop 1020418396		Correo Electrónico Alebron023@hotmail.com		Dirección CARRERA 47 # 54-36		C.C Cond 1017144940		
3. CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD										
Tercero <input checked="" type="checkbox"/>			Asegurado <input type="checkbox"/>			Compartida <input type="checkbox"/>		Indeterminada <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>
Concepto de Responsabilidad y Descripción del Accidente SI SIMPLE, COLISIÓN POR ALCANCE, TERCERO RESPONSABLE, NO CONSERVA DISTANCIA MÍNIMA DE SEGURIDAD E IMPACTA ASEGURADO EN LA PARTE TRASERA, NO SE LOGRA ACUERDO EN EL LUGAR DE LOS HECHOS TODA VEZ QUE EL TERCERO NO CUENTA CON PÓLIZA AL 100 PARA R-C, SE DA APLICACIÓN A LA LEY LEY 251, ASEGURADO CON ABOLLADURA EN TAPA MALETA Y BÓMPER TRASERO										
4. CANTIDAD DE TERCEROS INVOLUCRADOS										
N° de Vehículos 1		N° de Lesionados 0			N° de Fallecidos 0		N° de Otros Daños 0			
5. INFORMACIÓN DEL TERCERO CON DAÑOS										
Placa TRM568		Ciudad Placa			Marca			Clase		
Tipo		Modelo			Servicio		Empresa Afiliadora			
Nombre Propietario							N° Documento			
Dirección			Teléfono 1		Teléfono 2		Correo Electrónico			
Nombre Conductor NELSON HERNAN GIRALDO							N° Documento 1040325331			
Dirección CALLE 63 # 59 52			Teléfono 1 3012612051		Teléfono 2		Correo Electrónico Nelsonhermanbb@hotmail.com			
¿Está el tercero asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Aseguradora			Descripción de los Daños					
¿Acuerdo en sitio por los daños? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Tipo de Acuerdo Contrato AZ <input type="checkbox"/> Valor: <input type="text"/> Póliza a disposición AZ <input type="checkbox"/> Paga el asegurado <input type="checkbox"/> Desistimiento partes <input type="checkbox"/> Póliza tercero <input type="checkbox"/> Paga tercero <input type="checkbox"/>								
6. INFORMACIÓN DEL TERCERO LESIONADO U HOMICIDIO										
Nombre Lesionado				Asegurado Soat			Tipo Documento CC/TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		N° Documento	
¿Fue atendido por una entidad Hospitalaria? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cual? <input type="text"/>				Tipo de Tercero Peatón <input type="checkbox"/> Pasajero asegurado <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Ocupante Carro Tercero <input type="checkbox"/> Pasajero moto o bici tercero <input type="checkbox"/>						
Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		Edad (Años) Entre 1 y 18 <input type="checkbox"/> Entre 19 y 30 <input type="checkbox"/> Entre 31 y 50 <input type="checkbox"/> Más de 50 <input type="checkbox"/>			Descripción de las lesiones			Celular	Dirección	
¿Acuerdo en sitio por lesiones? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tipo de Acuerdo Contrato AZ <input type="checkbox"/> Valor: <input type="text"/> Póliza a disposición AZ <input type="checkbox"/> Paga el asegurado <input type="checkbox"/> Desistimiento partes <input type="checkbox"/> Póliza tercero <input type="checkbox"/> Paga tercero <input type="checkbox"/>								
7. DOCUMENTOS ASOCIADOS										
Informe de Tránsito SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Fotografía SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tiempo de Asignación 8:07		Tiempo de Llegada 20		Duración Sitio 60		
Acuerdo SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Desistimiento SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Tiempo de Asignación		Tiempo de Llegada	Duración Sitio	Incidente 47419209		
RAT o CESVI Prueba SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Otros			Pruebas				
Andres Camilo Castaño Garcia										
Firma					Abogado					

DATOS VEHICULOS TERCEROS

CONCLUSIONES DE AUDIENCIA



ENCUESTA SERVICIO DE ASISTENCIA EN SITIO.

FIRMA DE SITIO: *St. de Col*  
 ABOGADO ASIGNADO: *Andrey Carazo*  
 DEPARTAMENTO: *Autoquiva*  
 FECHA DEL ACCIDENTE: *10-09-24*  
 PLACA: *FUM11*

La presente encuesta tiene una escala de 1 a 5, donde 1 significa muy insatisfecho, y 5 muy satisfecho.

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	No
----	-------------------------------------	----

1. El abogado llego dentro de los 45 minutos siguientes.

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

2. Atención general brindada por el abogado

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

3. Presentación personal del abogado

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

4. Claridad frente a la responsabilidad en el evento

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

5. Claridad frente al procedimiento a seguir

¿presentaría una queja ante Allianz?

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
----	-------------------------------------	----

¿PORQUE?

---



---

Nombre del conductor vehículo asegurado:

Tipo de identificación:

No. de identificación:

Número de teléfono celular:

Firma:

32  
aleborno  
CR 47

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. **10031153900**

PLACA <b>FUM711</b>	MARCA <b>CHEVROLET</b>	LÍNEA <b>ONIX</b>	MODELO <b>2019</b>
CILINDRADA CC <b>1.389</b>	COLOR <b>GRIS ADAMANTIO</b>	SERVICIO <b>PARTICULAR</b>	
CLASE DE VEHÍCULO <b>AUTOMOVIL</b>	TIPO CARROCERÍA <b>SEDAN</b>	COMBUSTIBLE <b>GASOLINA</b>	CAPACIDAD Kg/PSJ <b>5</b>
NÚMERO DE MOTOR <b>JTW001076</b>	REG <b>N</b>	VIN <b>9BGKT69T0KG198213</b>	REG <b>N</b>
NÚMERO DE SERIE <b>9BGKT69T0KG198213</b>	REG <b>N</b>	NÚMERO DE CHASIS <b>9BGKT69T0KG198213</b>	REG <b>N</b>
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) <b>HENAO CORREA VERONICA</b>			IDENTIFICACIÓN <b>C.C. 1020418396</b>

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.017.144.940**

**MIRANDA AGUDELO**  
APELLIDOS

**EDWIN ALEJANDRO**  
NOMBRES

FIRMA



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN  
No. **1017144940**

NOMBRE  
**EDWIN ALEJANDRO MIRANDA AGUDELO**

FECHA DE NACIMIENTO  
**20-02-1987**

FECHA DE EXPEDICIÓN  
**19-02-2015**

SANGRE-RH  
**O+**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR  
**STRIA TTEYTTO COPACABANA**



26/2051  
man56@hohew  
T  
CR 63



motor  
N 54-36

RESTRICCIÓN MOVILIDAD  
 BLINDAJE \*\*\*\*\* POTENCIA HP 98  
 DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN VE FECHA IMPORT. PUERTAS  
 48201800882402 I 14/12/2018 4  
 LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD \*\*\*\*\*  
 FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTO. FECHA VENCIMIENTO  
 27/12/2018 19/02/2024 \*\*\*\*\*  
 ORGANISMO DE TRÁNSITO  
 STRIA TTEYTO ENVIGADO

LT03007430642

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1987  
 MEDELLIN (ANTIOQUIA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
 1.80 O+ M  
 ESTATURA G.S. RH SEXO  
 22-FEB-2005 MEDELLIN  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
 REGISTRADORA NACIONAL  
 ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-0100100-14137077-M-1017144940-20050520 06244 05140N 02 197512122

motor  
L 63 N 59-52 B...

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	ALITOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	19-02-2025	PARTICULAR

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL  
 LC02002575418

RMS

ESTÁ LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL  
LC02006154743

CATEGORÍA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOCICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	15-05-2014	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCICLO, CAMIONETA, CAMION, BUSETA Y BUS	10-02-2013	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCICLO, CAMION, BUSETA Y BUS	10-02-2013	PUBLICO

REGISTRADOR NACIONAL



STRIA TTEYTO BELLO  
L102003688713

DECLARACION DE NOVIIDAD  
32014000974893  
LIMITACION A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO DE OCCIDENTE

FECHA MATRICULA  
14/11/2014

ORGANISMO DE TRANSITO  
25/01/2016

FECHA EXP. LIC. TTO.  
\*\*\*\*\*

FECHA VENCIMIENTO  
\*\*\*\*\*

RESTRICCION NOVIIDAD  
POTENCIA HP  
153

BLINDAJE  
\*\*\*\*\*

PUERTAS  
1

FECHA IMPORT.  
27/06/2014

PUERTAS  
2



P-0123500-00458359-M-10400325331-20130820  
0034467615A 2  
39890065

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

FECHA DE NACIMIENTO  
10-FEB-1995

SAN PEDRO  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA  
1.65

G.S. RH  
O+

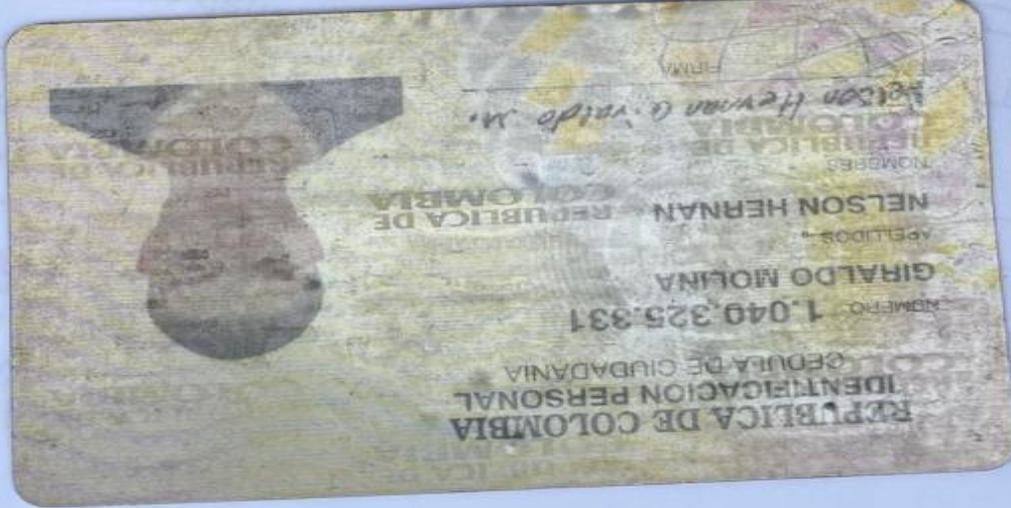
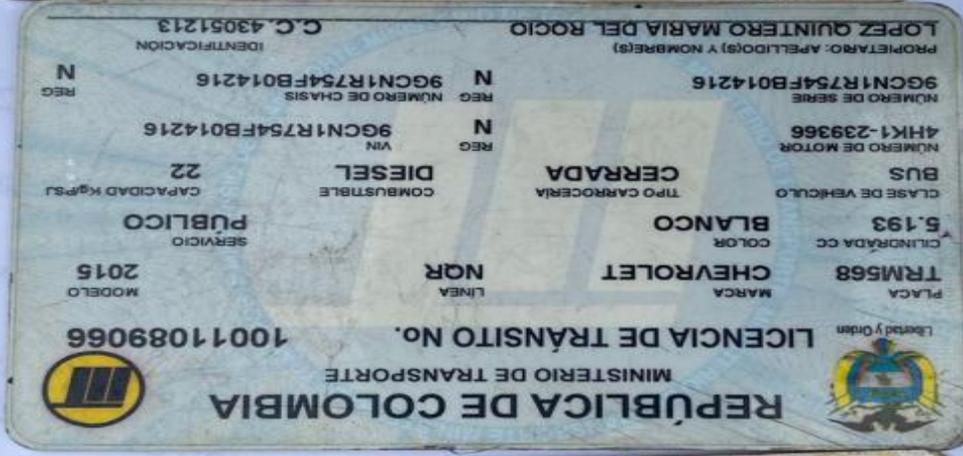
SEXO  
M

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
11-FEB-2013 SAN PEDRO

INDICE DERECHO







































ANDAR S.A.

CL 27 # 43F - 50

4440800

RECIBIMOS DE:

HENAO CORREA VERONICA

AC 47 54 36

MEDELLA-N

RECIBO DE CAJA TALLER

RCT 682947

FECHA:

9/30/2024

VALOR RECIBIDO:

\$ 1,330,000.00

1,020,418,396

Son:

UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS

CONCEPTO DE PAGO

tipo_aplica	numero_aplica	valor	descuento	retencion	ajuste	retencion_lva
FT0E	172,332	\$ 1,330,000.00	\$ 100,000.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00

Notas:

FT0E 172332-DCTO ALLIANZ-EFEC

banco	descripcion	FORMA DE PAGO	numero	fecha	valor
EFFECTIVO				30-Sep-2024	1,330,000.00

cuenta	Cen	nit	descripcion	IMPUTACION CONTABLE	Debito	Credito
1105052			CAJA GENERAL - MEGATALLER		1,330,000.00	
130505			C X C CLIENTES			1,430,000.00
5305352	2,70%		Descuento por Taller Excelencia Allianz		100,000.00	

JUANMT  
ELABORO

ORIGINAL

ANDAR S.A. - MEGATALLER  
NIT. 890.913.902-5  
FIRMA DE RECIBIDO

: devoluciones de dinero solo se efectuaran a nombre de quien ingreso el dinero y se haran efectivvas 2 dias habiles despues del deposito inicial, segun politica de L/



Bogotá D.C., 11 de marzo de 2025

**SEÑOR (A)**  
**VERONICA HENAO CORREA**  
**EMAIL: [RECAUDOSLT@GMAIL.COM](mailto:RECAUDOSLT@GMAIL.COM)**  
**CELULAR: 3155936302**  
**Ciudad**

<b>Ref.</b>	<b>Póliza:</b>	1007300
	<b>Placa:</b>	TRM568
	<b>Tomador:</b>	Bellanita De Transportes
	<b>Asegurado:</b>	López Quintero María Del Roció
	<b>Fecha de Ocurrencia Siniestro:</b>	10 de septiembre de 2024
	<b>Fecha de Radicación Reclamo:</b>	03 de diciembre de 2024
	<b>Fecha del último documento:</b>	03 de diciembre de 2024.
	<b>Número de Radicado:</b>	1466209
	<b>Cobertura:</b>	Responsabilidad Civil Extracontractual

Acusamos recibo del aviso de siniestro presentado por Usted ante nuestra compañía, mediante el cual se pretende la indemnización por los perjuicios patrimoniales derivados del accidente de tránsito ocurrido el día 10 de diciembre de 2024, Al respecto nos permitimos informarle lo siguiente:

1. SBS Seguros Colombia S.A., suscribió con Bellanita De Transportes, la Póliza de automóviles número 1007300, en la cual se aseguró el vehículo de placas TRM568, otorgando cobertura por la responsabilidad civil extracontractual en la que llegare a incurrir el asegurado.
2. La póliza que ampara el vehículo de placas TRM568 para el amparo de daños de bienes a terceros tiene un deducible aplicable mínimo de 3 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, es decir \$ 3.900.000, lo que conforme a su solicitud de indemnización es superior al valor reclamado.

Por lo anteriormente expuesto, SBS Seguros Colombia S.A. no está llamada a prestar atención sobre el evento reportado y procede a objetar total y formalmente la reclamación.

Lo expresado en este documento no afecta el derecho de SBS Seguros Colombia S.A de fundamentarse en otra previsión, término, condición o exclusión del contrato de seguro y no constituye una renuncia a ningún derecho o defensa de SBS Seguros Colombia S.A bajo el mencionado contrato o la ley. La totalidad de tales derechos y defensa se entienden reservados a favor de SBS Seguros Colombia S.A.

Cordialmente,



Apoderado Especial SBS Seguros Colombia S.A

Usted cuenta con la protección del Defensor del Consumidor Financiero:

Defensor del Consumidor Financiero Principal: José Guillermo Peña González - Defensor del Consumidor Financiero Suplente: Cesar Alejandro Pérez Hamilton  
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8 a.m. a 5:30 p.m. jornada continúa - E-mail: [defensor@sbspgabogados.com](mailto:defensor@sbspgabogados.com) - Dirección: Avenida 19 No. 114 - 09, Oficina 502 Bogotá D.C. Colombia  
Teléfonos: (601) 213 13 70 - (601) 213 13 22 Bogotá D.C. - Teléfono Celular: 321 924 04 79 - 323 232 29 11 - Página Web: [www.defensoriapgabogadosasociados.com](http://www.defensoriapgabogadosasociados.com)