



FORMATO UNICO PARA COMPENSACION REPARTO

DEMANDANTE (S)					
IDENTIFICACION	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)			
8001101819	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
IDENTIFICACION	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)			
IDENTIFICACION	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)			
DEMANDADO (S)					
IDENTIFICACION	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)			
8600284155	LA EQUIDAD SEGUROS O.C.				
IDENTIFICACION	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)			
IDENTIFICACION	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)			
No. UNICO DE RADICACION	SECUENCIA DE REPARTO	FECHA DE REPARTO			
4100141890072023-0077600	4467	22 de septiembre de 2023			
GRUPO DE REPARTO:					
TIPO DE COMPENSACION					
IMPEDIMENTO Y RECUSACION:	<input type="checkbox"/>	RETIRO DE LA DEMANDA:	<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE GRUPO:	<input type="checkbox"/>
ACUMULACION:	<input type="checkbox"/>	RECHAZO DEMANDA:	<input type="checkbox"/>	ADJUDICACION:	<input type="checkbox"/>
COMPLEJIDAD EXCEPCIONAL	<input type="checkbox"/>				
DESPACHO DE ORIGEN: JUZGADO 7 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE NEIVA					

DESPACHO DESTINO:

OBSERVACIONES:

Neiva,


Juez y/o Secretario

410014189007_2023-00776_00