

Fecha Diligenciamiento: 27-06-2025 Ciudad: Medellin Sucursal: _____

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro Apoderado

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input checked="" type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input checked="" type="checkbox"/>	Cual <u>Victima</u>
Asegurado-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input checked="" type="checkbox"/>	Cual <u>Victima</u>

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: TOIO SEGUNDO APELLIDO: Sakzai NOMBRES: Andrés Camilo
 TIPO DE DOCUMENTO: C.C. NÚMERO: 70878710 FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/10/1997 LUGAR DE EXPEDICIÓN: La Estrella
 FECHA DE NACIMIENTO: 06/05/1979 LUGAR DE NACIMIENTO: Medellin NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: octao2@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): cl. 56 #55 A-22 CIUDAD: Copacabana
 DEPARTAMENTO: Antioquia TELÉFONO: _____ CELULAR: 3014574721
 SECTOR: _____ CIU (cod): 6910 TIPO DE ACTIVIDAD: Jurídicas ¿Cual?: Litigio
 OCUPACIÓN: Litigante CARGO: N/A EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A
 CIUDAD: N/A DIRECCIÓN (Oficina): N/A DEPARTAMENTO: N/A
 TELÉFONO (Oficina): N/A ACTIVIDAD SECUNDARIA: N/A CIU (cod): _____
 ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): Servicios Jurídicos - Litigio
 INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 3'000.000. EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 2'000.000.
 ACTIVOS (Pesos) \$ 20'000.000. PASIVO (Pesos) \$ 5'000.000.
 PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) \$ 15'000.000. OTROS INGRESOS (Pesos) \$ 3'000.000.
 CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES Litigio

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI NO

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO
2024	SOAT	Mundial	1759.303	Pagado
2024	SOAT	S. del Estado	1516.666	Pagado

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

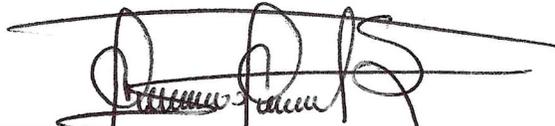
ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



 FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
 Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la Entrevista: _____
 Observaciones: _____

 Nombre del Intermediario: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO
 Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de Confirmación: _____
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

 Firma: _____
 Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

*Vínculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

AGENCIA	DD	MM	AAAA
---------	----	----	------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Toio SEGUNDO APELLIDO: Salazar PRIMER NOMBRE: Andrés SEGUNDO NOMBRE: Camilo

C.C. C.E. T.I. R. OTR. NÚMERO: 70.078.750 LUGAR DE EXPEDICIÓN: La Estrella FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/10/97 SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: 06/05/1979 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Abogado - Pensionado

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 3

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ CARGO: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cll 56 # 55A-22 int. 203 CIUDAD DE RESIDENCIA: Copacabana Ant.

TELÉFONO: _____ CELULAR: 3014574721 EMAIL: octo102@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

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? 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 MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS 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: \$ 3.000.000 ACTIVOS: \$ 20.000.000.

EGRESOS MENSUALES: \$ 2.000.000. PASIVOS: \$ 5.000.000.

OTROS INGRESOS: \$ 3.000.000 CONCEPTO OTROS INGRESOS: Litigio

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	RECLAMACION	INDEMNIZACION
<u>2024</u>	<u>SOAT</u>	<u>Seguros Mundial</u>	<u>1759.303</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>2024</u>	<u>SOAT</u>	<u>Seguros del Estado</u>	<u>1516.666</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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): Litigio
- 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
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL 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).

PERSONA JURÍDICA 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 LEIDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL: [Firma] C.C. 70078.750

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: _____

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
---	--	---

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/>	INTERMEDIAR: <input type="checkbox"/>	OT: <input checked="" type="checkbox"/>	CUAL: <u>Apoderado</u>
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	CUAL:	

DATOS DE LA EMPRESA		
NOMBRE:	NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			
NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
<u>Andrés Camilo</u>	<u>Toño</u>	<u>Salazar</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
<u>C.C.</u>	<u>70878750</u>	<u>10/10/1997</u>	<u>La Estrella Ant</u>
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	
<u>Cl. 56 # 55A-22 int. 203</u>	<u>Copacabana</u>	<u>Antioquia</u>	
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:	
		<u>3014574721</u>	

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	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
<u>00100003356</u>		
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD
<u>Banobombia</u>	<u>Carabobo</u>	<u>Medellin</u>

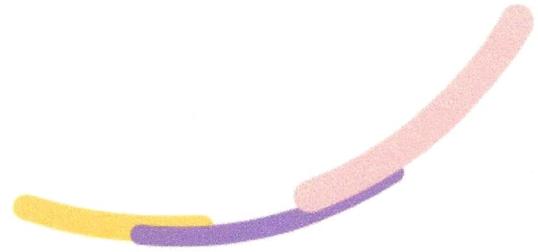
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX	
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD 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: _____

En constancia se firma en: <u>Medellin - Antioquia</u> a los <u>(27)</u> del mes de <u>Junio</u> de <u>2025</u> .	
_____ Firma del Representante Legal y Sello	_____ Firma y Cédula Persona Natural

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Certificación Bancaria

Martes, 17 de junio de 2025

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ANDRES CAMILO TORO SALAZAR** identificado(a) con CC. **70878750** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	001-000033-56	2021/08/23	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.747.046**

MARIN MUÑOZ

APELLIDOS

LUZ ESTELLA

NOMBRES

Luz Estella Marin Muñoz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1958**

ITAGUI
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

A+

F

ESTATURA

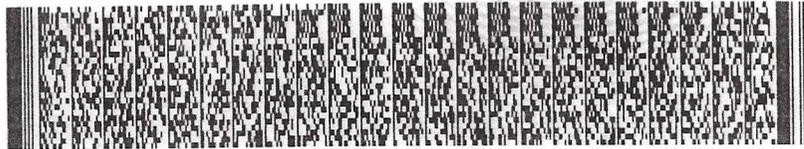
G.S. RH

SEXO

10-FEB-1977 ITAGUI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0115100-00174397-F-0042747046-20090901

0015603249A 2

2240001462

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **70.878.750**

TORO SALAZAR

APELLIDOS

ANDRES CAMILO

NOMBRES

Andrés Camilo Toro Salazar
FIRMA



Escaneado con CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1979**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.86
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-OCT-1997 LA ESTRELLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0100150-00131731-M-0070878750-20081127

0006985912A 1

7010036075

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO




UNIVERSIDAD
CORP. U. REMINGTON

CEDULA
70878750

NOMBRES:
ANDRES CAMILO

APELLIDOS:
TORO SALAZAR

FECHA DE GRADO
18/12/2018

FECHA DE EXPEDICION
28/01/2019

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
EDGAR CARLOS SANABRIA MELO



CONSEJO SECCIONAL
ANTIOQUIA

TARJETA N°
321222

Escaneado con CamScanner

**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.**

Escaneado con CamScanner

Medellín, 27 de Junio de 2025.

Señores
FISCALÍA 148 LOCAL
Medellín
E.S.D.



Referencia: Desistimiento Afectado
Delito: Lesiones personales culposas
Placa Vehículo Involucrado: STC463
NUNC: 050016000248202336230

LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ, domiciliada y residente en la ciudad de Medellín-Antioquia, identificada como aparece al pie de mi firma, y en calidad de lesionada, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día El día 15 de junio del año 2023, manifiesto respetuosamente al despacho por medio de este escrito, que **DESISTO DE MANERA LIBRE, VOLUNTARIA E INFORMADA**, de cualquier acción pasada, presente o futura de carácter civil, penal o administrativa que de los hechos acaecidos se deriven en contra del señor **WILLIAM JAIRO GAVIRIA MONTOYA**, identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 70.725.911, conductor del vehículo de placas **STC463**, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** con NIT 860028415-5, y la empresa **ALIANZA MEDELLIN-ESTRELLA-ITAGUI EMPRESAS S.A.S.** con NIT. 901323036-1, teniendo en cuenta que he sido indemnizada de manera integral y no es de mi interés entablar o continuar proceso alguno, por haber sido indemnizados mis perjuicios.

El presente documento lo firmo en la ciudad de Medellín a los 27 días del mes de junio de 2025.

LuZ Estella Marin Muñoz

LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ,
C.C. 42.747.046 De Itagui Antioquia.

Dirección Calle 4 sur # 50 f 20

Teléfono 319 613 0984

Correo electrónico marin luz stella 96@gmail.com

Lesionada



VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA-MEDELLIN



MEDELLIN-UULF - No. 20250370082072

Fecha Radicado: 2025-07-02 10:22:17

Anexos: DP+01 FOLIO.



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO



ARTÍCULO 68 DECRETO - LEY 960 DE 1970 Y DECRETO 1069 DE 2015

En la ciudad de **Medellín, Departamento de Antioquia**, República de Colombia, el **veintiocho (28) de junio de dos mil veinticinco (2025)**, en la Notaría **Doce (12)** del Círculo de **Medellín**, compareció **LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ**, identificado con la **Cédula de Ciudadanía / NUIP 42747046** y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Luz Estella Marin Muñoz

----- Firma autógrafa -----



----- Fotografía -----

De acuerdo con la Resolución 5633 de 2016 de la Registraduría Nacional del Estado Civil - RNEC y el Artículo 18 del Decreto - Ley 19 de 2012, el/la compareciente fue identificado(a) mediante cotejo biométrico en línea, de su huella dactilar, frente a la base de datos de la RNEC, lo anterior, de conformidad con la autorización de tratamiento de datos personales otorgada por el/la compareciente.

Este folio se asocia al documento, en el que aparecen como partes **COMPARECIENTE** .

OCTAVIO DE LA MERCED PALACIO HINCAPIE

Notaría Doce (12) del Círculo de Medellín, Departamento de Antioquia

Número Único de Transacción:

vzq9p82rn1qm

28/06/2025 - 11:41:07

Número de Trámite: **78579526142**

Consulte este documento en: consulta.notarias360.com



Seguridad jurídica en trámites notariales

Olimpia | Notarías 360°



	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

CENTRO DE CONCILIACIÓN CIVIL Y COMERCIAL CÓDIGO No. 3248 PROCURADURIA DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES	
Solicitud de Conciliación No.	618 E-2025-271409
Convocante (s)	LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ
Convocado (a) (s)	WILLIAM JAIRO GAVIRIA MONTOYA ALIANZA MEDELLIN-ESTRELLA-ITAGUI S.A.S. LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
Fecha de Solicitud	29 de mayo de 2025
Asunto	Pago de perjuicios derivado de accidente ocurrido el 15 de junio de 2023

En Medellín, el **26 de junio de 2025**, se da inicio a la diligencia programada para el día de hoy, a las **8:30:00 a. m.**, con la presencia de **MARIANO BUSTAMANTE GARCÍA**, en calidad de Conciliador adscrito al Centro de Conciliación Civil y Comercial de la **Procuraduría General de la Nación**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1'144.033.977 de Cali, asignado como Conciliador en las presentes diligencias de conciliación extrajudicial en derecho, llevada a cabo de forma remota.

ANTECEDENTES

1.- El día **29 de mayo de 2025**, el doctor **ANDRÉS CAMILO TORO SALAZAR**, identificado con cédula de ciudadanía número 70.878.750 y TP 321.222 del CS de la J., en calidad de apoderado de **LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ**, identificado con cédula de ciudadanía número 42.747.046, promovió trámite de audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación.

Parte convocada: **WILLIAM JAIRO GAVIRIA MONTOYA**, identificado con cédula de ciudadanía número 70.725.911
ALIANZA MEDELLÍN-ESTRELLA-ITAGÜÍ S.A.S., identificada con NIT 901323036-1
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con NIT 860028415-5

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 1 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

2.- Admitida la solicitud se fijó como fecha y hora para la celebración de la audiencia el día **26 de junio de 2025** a las **8:30:00 a. m.**, en la que se utilizó la herramienta Microsoft Teams. Se libraron y enviaron las respectivas comunicaciones de citación a las direcciones físicas y/o electrónicas aportadas por el (los) convocante(s), manifestando de manera expresa que la audiencia se llevaría a cabo por medios virtuales.

3.- Durante la diligencia el representante de ALIANZA MEDELLÍN-ESTRELLA-ITAGÜÍ S.A.S. aclaró que el número de su NIT es 901323036-1.

HECHOS

Manifiesta la parte convocante que el 15 de junio de 2023, LUZ ESTELLA MARÍN MUÑOZ se desplazaba como pasajera en un bus de servicio público identificado con placas STC463, conducido por el señor WILLIAM JAIRO GAVIRIA MONTOYA, cuando al ponerse de pie para descender del vehículo, el conductor realizó una frenada repentina que le hizo perder el equilibrio y caer dentro del mismo.

Que, como consecuencia de lo anterior, LUZ ESTELLA MARÍN MUÑOZ fue trasladada a la CLÍNICA LAS AMÉRICAS, donde fue diagnosticada con contusión paraespinal lumbar y fracturas en las apófisis transversas de las vértebras L2 y L3 izquierdas y estuvo hospitalizada hasta el día siguiente.

Que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses dictaminó incapacidad médico legal definitiva de 45 días y determinó secuelas permanentes en órganos de locomoción y sistema musculo esquelético.

Que se dictaminó pérdida de la capacidad laboral y ocupacional del 13.5%.

Que, para la fecha del accidente, la convocante ejercía actividades económicas como independiente, de las que dependía para solventar su subsistencia, alimentación y demás necesidades básicas.

Que el vehículo involucrado se encontraba adscrito a la empresa ALIANZA MEDELLÍN-ESTRELLA-ITAGÜÍ S.A.S., asegurado con póliza de responsabilidad civil contractual con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

PRETENSIONES

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 2 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

La solicitud se presentó a efectos de que las partes lleguen a un acuerdo conciliatorio en relación con las siguientes pretensiones:

El pago de perjuicios que ascienden a la suma de CIENTO CATORCE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE (\$114.678.581).

ASISTENCIA

Por la parte **Convocante**: asistió **LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 42.747.046, dirección calle 4Sur Nro. 50F-20 de la ciudad Medellín, celular 3196130984, y correo electrónico marinluzstella96@gmail.com, junto con su apoderado, el doctor, **ANDRÉS CAMILO TORO SALAZAR**, identificado con cédula de ciudadanía número 70.878.750 y TP 321.222 del CS de la J., dirección calle 56 # 55a-22 INT. 203 Edificio Los Angeles, celular 3014574721, y correo electrónico actoro2@hotmail.com, notificaciones@whlabogados.com, conforme poder allegado con la solicitud de audiencia de conciliación.

Por la parte **Convocada**: asistió **LUIS FERNANDO ESTRADA TORRES** identificado con cédula de ciudadanía número 6.786.032 en calidad de representante legal de **ALIANZA MEDELLÍN-ESTRELLA-ITAGÜÍ S.A.S.**, identificada con NIT 901323036-1 junto con su apoderado, el doctor, **JUAN CARLOS CASTRO PUERTA** identificado con cédula de ciudadanía número 15425429 y TP 38729 del CS de la J., correo electrónico defensasintegrales@gmail.com, conforme poder otorgado de manera verbal en la diligencia.

Asistió la doctora **CLARA STELLA ESTRADA ROSERO**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.085.326.886 y TP 394.449 del C. S. de la J., correo electrónico cestrada@gha.com.co en calidad de apoderada de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** identificada con NIT: 860.028.415-5, dirección carrera 9 A # 99 - 07 Torre 3 Piso 14 de la ciudad de Bogotá D.C., y correo electrónico notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop, según poder sustituido allegado al centro de conciliación.

No asistió **WILLIAM JAIRO GAVIRIA MONTOYA**, identificado con cédula de ciudadanía número 70.725.911, el cual fue citado al correo electrónico aportado por la parte convocante en la solicitud de audiencia de conciliación williamgaviriamontoy@gmail.com y willgavi@hotmail.com.

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 3 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

Se deja constancia que, las partes además de aceptar que se adelante esta audiencia por medios virtuales, han manifestado expresamente que le otorgan al acuerdo los efectos que prevé la ley y permiten la grabación del mismo en audio y/o video con el fin de que constituya mensaje de datos, conforme con el literal a del artículo 2° y los artículos 5° y 10° de la Ley 527 de 1999.

TRÁMITE

El Conciliador ilustró a las partes sobre la naturaleza, efectos y alcances de la conciliación, les puso de presente las ventajas y beneficios y los invitó a formular las propuestas que estimaren pertinentes, tendientes a solucionar las diferencias planteadas, advirtiendo que la diligencia se encuentra amparada en el principio de confidencialidad contenido en el numeral 4° del artículo 4° de la Ley 2220 de 2022.

Luego de examinar las alternativas de arreglo presentadas por el Conciliador y cada una de las ofertas que cruzaron las partes, éstas como expresión de su libre autonomía negocial llegaron al siguiente acuerdo como solución definitiva de sus diferencias, así:

1. Las partes concilian por una suma única total y definitiva de CUARENTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$42.000.000.00), la cual se pagará de la siguiente manera:
 - a. **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C** identificada con NIT 860028415-5 pagará a **LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 42.747.046 la suma de TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$35'000.000) en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles contados a partir del recibo de manera electrónica y física de los siguientes documentos requeridos por la compañía para realizar el pago: a) Certificación bancaria de quien recibirá el pago cuya fecha de expedición sea inferior a treinta días, b) Copia de cédula de ciudadanía ampliada al 150% de la convocante y su apoderado, c) formato de conocimiento del cliente diligenciado por quien recibirá el pago, d) formato de autorización pago indemnización, e) desistimiento de la acción penal autenticado y radicado ante la Fiscalía General de la Nación, y f) Copia del Acta de Acuerdo Conciliatorio. Los anteriores documentos deberán radicarse en los correos electrónicos: notificaciones@gha.com.co y cestrada@gha.com.co y de manera física en la dirección: Avenida 6 a Bis # 35n-100 oficina 212, centro empresarial Chipichape, Cali (Valle del Cauca).

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 4 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

Es importante aclarar que una vez allegados los documentos en su integridad y en los términos indicados, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. contará con el plazo de 20 días hábiles para realizar el pago de la suma de dinero referida. La recepción completa de los documentos indicados en el párrafo anterior constituye una condición suspensiva para la exigibilidad del pago, por tal razón, hasta que éstos no sean allegados debidamente y en su totalidad, no podrá verificarse pago alguno por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

- b. **ALIANZA MEDELLÍN-ESTRELLA-ITAGÜÍ S.A.S.**, identificada con NIT 901323036-1 pagará a **LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 42.747.046 la suma de SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$7'000.000) en un plazo máximo de ocho (8) días calendario siguientes a la fecha de suscripción de la presente acta, previo al envío de los siguientes documentos: a) certificación bancaria de quien recibirá el pago, b) copia de cédula de ciudadanía de quien recibirá el pago y c) copia del acta de acuerdo conciliatorio. Los anteriores documentos deberán ser enviados por la parte convocante al correo electrónico notificaciónjudicial@solobus.com.co y meic4sas@gmail.com.
2. **LUZ ESTELLA MARIN MUÑOZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 42.747.046 manifiesta expresamente que autoriza que los pagos referidos en el numeral anterior se realicen a la cuenta de su apoderado, el doctor, **ANDRÉS CAMILO TORO SALAZAR**, identificado con cédula de ciudadanía número 70.878.750, quien cuenta con facultades para recibir sumas de dinero. Por lo anterior, los pagos mencionados deberán hacerse mediante consignación o transferencia bancaria a la cuenta de ahorros número 00100003356 de Bancolombia a nombre de **ANDRÉS CAMILO TORO SALAZAR**, identificado con cédula de ciudadanía número 70.878.750.
3. La parte convocante manifiesta expresamente que, con el presente acuerdo se declaran resarcidos integralmente todos los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales pasados, presentes o futuros, surgidos o a surgir de cualquier índole, y se compromete a que por estos mismos hechos no hará reclamación alguna ante cualquier jurisdicción frente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C identificada con NIT 860028415-5, ALIANZA MEDELLÍN-ESTRELLA-ITAGÜÍ S.A.S., identificada con NIT 901323036-1, propietario y conductor del vehículo de placas **STC463**, WILLIAM JAIRO GAVIRIA MONTOYA, identificado con cédula de ciudadanía número 70.725.911 y/o frente a cualquier tercero que eventualmente tuviere comprometida su responsabilidad frente a estos hechos, desistiendo de toda acción pasada o futura, de

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 5 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

carácter civil, penal, administrativa o de cualquier otro tipo en contra de las personas anteriormente señaladas, toda vez que con este acuerdo se entienden satisfechas sus pretensiones. En ese sentido, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de suscripción de la presente acta, la parte convocante presentará ante la Fiscalía 148 Local de Medellín el desistimiento de la querrela que se tramita con SPOA 050016000248202336230.

- Una vez cumplida la obligación aquí pactada, las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto relacionado con los hechos y pretensiones de la solicitud de audiencia de conciliación.

Teniendo en cuenta que, el anterior acuerdo pone fin a las pretensiones que motivaron la solicitud de audiencia de conciliación y que es aceptado recíprocamente por las partes, el Conciliador(a) hace ver a los involucrados que este arreglo hace **TRÁNSITO A COSA JUZGADA** y que, en caso de incumplimiento, **EL ACTA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO**. Desde ya se requiere a las partes, para que informen por escrito a este Despacho el cumplimiento del anterior acuerdo conciliatorio.

Se hace constar que el acta fue leída en su totalidad, publicada en pantalla y aprobada en su integridad por cada uno de los asistentes sin presentar objeción a su contenido y forma. Las partes además manifiestan que, el acuerdo contenido en esta acta, es expresión de su libre y espontánea voluntad y así lo hacen constar con su asentimiento expresado en la audiencia.

Se cumplió con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 2220 de 2022. Se suscribe en la ciudad de Medellín, siendo las 10:02 am del **26 de junio de 2025**.



MARIANO BUSTAMANTE GARCÍA
C.C 1'144.033.977 de Cali
Conciliador