Fecha:

Señor(es)

# CENTRO DE CONCILIACIÓN

Personería Distrital de Santiago de Cali

Carrera 16 No. 15 – 75, Piso 2, Barrio Guayaquil [atencionalciudadano@personeriacali.gov.co](mailto:atencionalciudadano@personeriacali.gov.co%20)

Teléfono: (57) (602) 8853798

Ciudad

Referencia: Solicitud de Conciliación

# DATOS DEL CONVOCANTE 1:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | Cédula: |  | Fecha de expedición: | D | M | A |
| Dirección: |  | | | Barrio: |  | Fecha de nacimiento: | D | M | A |
| Correo: |  | | | Ciudad |  | Departamento |  |  |  |
| Ocupación: |  | | | Teléfono |  | Numero Celular |  |  |  |
| Genero | F | M | Otro: | Estado Civil |  | Comuna: |  |  |  |
| Nivel de escolaridad |  | | | Nacionalidad |  | Estrato |  |  |  |
| A que población vulnerable pertenece: | Niños, niñas, y adolescentes | Adultos mayores | Comunidades negras afrocolombianas, raizales y palenqueras | Personas en situación de discapacidad | Víctimas del conflicto armado | Población migrante y refugiada | Población LGBTIQ+ | No hago parte de población vulnerable | Otro. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# DATOS DEL CONVOCANTE: 1:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | Cédula: |  | Fecha de expedición: | D | M | A |
| Dirección: |  | | | Barrio: |  | Fecha de nacimiento: | D | M | A |
| Correo: |  | | | Ciudad |  | Departamento |  |  |  |
| Ocupación: |  | | | Teléfono |  | Numero Celular |  |  |  |
| Genero | F | M | Otro: | Estado Civil |  | Comuna: |  |  |  |
| Nivel de escolaridad |  | | | Nacionalidad |  | Estrato |  |  |  |
| A que población vulnerable pertenece: | Niños, niñas, y adolescentes | Adultos mayores | Comunidades negras afrocolombianas, raizales y palenqueras | Personas en situación de discapacidad | Víctimas del conflicto armado | Población migrante y refugiada | Población LGBTIQ+ | No hago parte de población vulnerable | Otro. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# DATOS DEL APODERADO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Cédula: |  | Fecha de expedición: | DD | MM | AA |
| Dirección: |  | Celular: |  | Teléfono: |  | | |
| Tarjeta profesional: |  | Correo: |  | | | | |

Nota: Si la solicitud se realiza a través de Apoderado (Abogado), es suficiente que la solicitud de Conciliación sea firmada por él, adjuntando el poder para conciliar de acuerdo por lo reglado por el parágrafo único del artículo 58 de la Ley 2220 de 2022.

Comedidamente solicito a ustedes audiencia de conciliación en materia de:

Con el fin de solucionar el conflicto con:

# DATOS DEL CONVOCADO 1:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre o razón social: |  | | Cédula o Nit: |  | |
| Dirección: |  | Barrio: |  | Comuna: |  |
| Correo: |  | Ciudad: |  | Celular o teléfono: |  |

1. **DATOS DEL CONVOCADO 2:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre o razón social: |  | | Cédula o Nit: |  | |
| Dirección: |  | Barrio: |  | Comuna: |  |
| Correo: |  | Ciudad: |  | Celular o teléfono: |  |

# HECHOS

(Relato breve de los hechos que sustenta su solicitud)

1. **PRETENSIONES**

(Relación detallada de lo que desea lograr con la conciliación)

# CUANTÍA

El valor a conciliar asciende aproximadamente a la suma de $

1. **INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL ASUNTO A CONCILIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuánto tiempo hace que inició el conflicto?** |  |
| **Lugar de los hechos** |  |
| **¿Conflicto CON o SIN violencia?** (Indicar si es verbal, física, psicológica, económica, sexual): |  |
| **¿Conflicto CON o SIN intervención de terceros?** *(*Indicar el nombre de la entidad a la cual acudió para resolver este conflicto): |  |
| **¿Ha presentado solicitud de conciliación por los mismos hechos y entre las mismas partes?** | SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ |

# PRUEBAS DOCUMENTALES O TESTIMONIALES.

|  |  |
| --- | --- |
| Aporto los siguientes documentos con la solicitud: | X |
| Cédula de Ciudadanía (obligatorio) |  |
| Certificado de existencia y representación legal. (obligatorio cuando el convocado es una  persona jurídica) |  |
| Describa los demás documentos que aporta con la solicitud: | |
|  | |
| No. de Folios: |  |

**11. Modalidad de la Audiencia** (marque con una X)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Virtual** | **Presencial** | **Mixta** |

Si su respuesta es VIRTUAL o Mixta, ¿cuenta usted con los medios tecnológicos para realizar la audiencia de manera virtual o mixta y capacidad para su empleo?

Si su respuesta es mixta, por favor indique quien de las partes se conectará virtualmente:

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

Convocante Convocado

# AUTORIZACIONES ESPECIALES

Con la firma del presente documento, otorgo mi consentimiento previo, expreso, escrito e inequívoco, para que la presente solicitud sea utilizada en el desarrollo de las funciones propias del centro de conciliación de la Personería Distrital de Santiago de Cali, y sean remitidos al convocado con la citación a audiencia.

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

De igual forma autorizo al Centro de Conciliación de la Personería Distrital de Santiago de Cali a realizar las notificaciones de todos los actos proferidos por la misma, a la dirección electrónica aportada.

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

Nota: En caso de no seleccionar ninguna opción, se entenderá que acepta y autoriza para que envíen notificaciones y comunicaciones a través de medios electrónicos (Correo electrónico).

De igual forma Autorizo a la Personería Distrital de Santiago de Cali para la recolección, consulta, almacenamiento, uso, traslado o eliminación de sus datos personales, con el fin de adelantar las gestiones, actuaciones e intervenciones conforme la política de tratamiento de datos publicada en la página web [www.personeriacali.gov.co](http://www.personeriacali.gov.co/)

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

1. **DECLARACIÓN JURAMENTADA**

Con la presentación de este documento, en mi calidad de convocante, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que mi estrato corresponde al alcance establecido para los centros de conciliación gratuitos (1 y 2), que pertenezco a población vulnerable y/o que no cuento con recursos económicos para acceder a un servicio oneroso.

Por tanto, conozco las implicaciones legales derivadas de una falsedad en la manifestación bajo la gravedad de juramento conforme lo establecido en el artículo 442 del Código Penal.

De igual forma manifiesto que los datos consignados en la presente solicitud son ciertos y las direcciones aportadas para notificación corresponde al domicilio o residencia del suscrito.

En virtud de lo anterior marque con una X a que tipo de población pertenece:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pertenezco a grupo de Población Vulnerable** | **Pertenezco a estrato**  **1 ó 2** | **No cuento con recursos económicos para acceder a un centro de conciliación oneroso** |
|  |  |  |

# INHABILIDAD ESPECIAL

Mediante la firma de este documento declaro que en el conflicto a conciliar NO están involucrados(as) funcionarios(as) o personas que tengan vínculo con la Personería de Distrital de Santiago de Cali.

# FIRMA DEL CONVOCANTE:

**Nombre:**

**C.C. No.**

Nota 1: El conciliador, dando cumplimiento al numeral 1 del artículo 32 de la ley 2220 de 2022 podrá solicitar aclaraciones o información complementaria a la solicitud de conciliación so pena de que esta se entienda no presentada. Para lo anterior el convocante contará con el término de cinco (5) días hábiles contados a partir del requerimiento realizado.

Nota 2: Con la presentación de este documento entiéndase que su contenido se hace bajo la gravedad de juramento y aceptada las autorizaciones especiales de no ser diligenciadas.

Nota 3: Con la presentación de esta solicitud se entiende que comprende que los servicios del Centro de Conciliación están dirigidos a población vulnerables, población de estrato 1 y 2 o personas que no cuentan con recursos económicos para acceder a un centro de conciliación oneroso al cual usted hace parte.

.

**HERRAMIENTA DE TAMIZAJE O EVALUACIÓN DE RIESGO**

La presente herramienta tiene como finalidad identificar factores de riesgo de las personas involucradas en solicitudes de conciliación extrajudicial en derecho, como victimas de violencia intrafamiliar o violencia de genero. ya sea como solicitantes o convocadas, para decidir la procedencia o no del trámite.

**Identificación de Riesgo (Responder Sí o No)**

| **SECCIÓN 1: ANTECEDENTES DE VIOLENCIA**  **Pregunta** | **Sí (1)** | **No (0)** | **Observaciones** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Ha sido víctima de violencia física, psicológica, sexual, económica o patrimonial por parte de la otra parte? | ☐ | ☐ |  |
| 2. ¿Existen medidas de protección vigentes a su favor? | ☐ | ☐ |  |
| 3. ¿Existe un proceso judicial o administrativo por violencia intrafamiliar o de género de la otra parte? | ☐ | ☐ |  |
| 4. ¿Convive actualmente con la otra parte? | ☐ | ☐ |  |
| 5. ¿Teme asistir a la audiencia por miedo a represalias o intimidaciones? | ☐ | ☐ |  |
| 6. ¿Considera que no puede expresarse libremente en presencia de la otra parte? | ☐ | ☐ |  |
| 7. ¿Depende económicamente de la otra parte? | ☐ | ☐ |  |
| 8. ¿Existe dependencia económica, emocional o afectiva evidente hacia la otra parte? | ☐ | ☐ |  |
| 8. ¿Ha habido amenazas recientes por parte de la otra persona? | ☐ | ☐ |  |
| 9. ¿Considera que existe riesgo para su vida, seguridad o integridad? | ☐ | ☐ |  |
| 10. ¿La situación le genera ansiedad, miedo extremo o bloqueo emocional? | ☐ | ☐ |  |
| 11. ¿Tiene hijos menores de edad expuestos al conflicto? | ☐ | ☐ |  |
| 12. ¿Se encuentra bajo tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico a causa del conflicto? | ☐ | ☐ |  |

**Observaciones adicionales:**