



SOLICITUD AUDIENCIA DE CONCILIACION

CODIGO: FO-PL-158

Versión: 4.4

Fecha de vigencia:

12 de Agosto de 2019

Página 1 de 3

PERSONERIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI
CENTRO DE CONCILIACION
RESOLUCION N° 2354 – SEPTIEMBRE 21 DE 2.006
MINISTERIO DEL INTERIOR Y JUSTICIA

104.22.4 /

Santiago de Cali, _____

Señor(es):

CENTRO DE CONCILIACIÓN

Personería Municipal de Santiago de Cali

Carrera 16 No. 15 – 75. Piso 2 B/. Guayaquil

Teléfono: 885 37 98 - Cali

Referencia: SOLICITUD DE CONCILIACION

DATOS DEL CONVOCANTE:

Nombre: _____
Cedula: _____
Dirección: _____
Barrio: _____ Comuna: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Correo: _____

Comedidamente solicito a ustedes audiencia de conciliación en materia _____ con el fin de solucionar el conflicto con:

DATOS DEL CONVOCADO 1:

Nombre: _____
Cedula: _____
Dirección: _____
Barrio: _____ Comuna: _____
Teléfono: _____ Celular: _____

DATOS DEL CONVOCADO 2:

Nombre: _____
Cedula: _____
Dirección: _____
Barrio: _____ Comuna: _____
Teléfono: _____ Celular: _____

Si es persona jurídica mencionar el nombre o razón social de la entidad, su representación legal y demás datos necesarios para su identificación.

ESTE TRAMITE ES GRATUITO



SOLICITUD AUDIENCIA DE CONCILIACION

CODIGO: FO-PL-158

Versión: 4.3

Fecha de vigencia:

15 de Marzo de 2017

Página 2 de 3

PERSONERIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI
CENTRO DE CONCILIACION
RESOLUCION N° 2354 – SEPTIEMBRE 21 DE 2.006
MINISTERIO DEL INTERIOR Y JUSTICIA
HECHOS

PRETENSIONES

CUANTIA

El valor a conciliar asciende aproximadamente a \$ _____

PRUEBAS DOCUMENTALES O TESTIMONIALES

- Los aportaré el día de la diligencia
- Aporto los siguientes documentos con la solicitud:

CANTIDAD DE FOLIOS

ESTE TRAMITE ES GRATUITO



SOLICITUD AUDIENCIA DE CONCILIACION

CODIGO: FO-PL-158

Versión: 4.3

Fecha de vigencia:

15 de Marzo de 2017

Página 3 de 3

PERSONERIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI
CENTRO DE CONCILIACION
RESOLUCION N° 2354 – SEPTIEMBRE 21 DE 2.006
MINISTERIO DEL INTERIOR Y JUSTICIA

FIRMA DEL CONVOCANTE:

C.C. N°. _____ de _____

PARA USO DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN

Fecha de Radicación _____

Conciliador _____

Fecha de Audiencia _____ Hora _____

Fecha continuación Audiencia _____ Hora _____

Fecha de reasignación Audiencia _____ Hora _____

Firma de la Directora _____

ESTE TRAMITE ES GRATUITO