

Señor.
SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).
Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Juan Domingo Rodríguez Benitez, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad. Karen Liseith Rodríguez Córdoba y Shan Jade Rodríguez ~~Morales~~ Córdoba

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi PROTE **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Juan Domingo Rodríguez Benitez

C.C. N° 11-298059

Acepto,

Jose Keiber Mosquera Asprilla

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

BILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Compareció: <u>Juan Domingo Rodríguez Benitez</u>	
Identificado con C.C. No. <u>119980590</u>	
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó:	Huella Dactilar
Fecha: <u>12 de Agosto de 2020</u>	Firma: <u>Juan Domingo Rodríguez Benitez</u>



12 AGO 2020

Karen Liseith Rodríguez Córdoba

Señor.

SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).

Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Johnlin Rodriguez Mayoral, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi HEDNAND MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED), el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Johnlin Rodriguez Mayoral
C.C. N° 1.077.443.299

Acepto,

Kwif

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Compareció:	<u>JOHNLIN RODRIGUEZ MAYORAL</u>
	<u>RODRIGUEZ MASLEYDI CORDOBA</u>
Identificado con C.C. No.	<u>1077 443 299</u>
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó	Huella Dactilar
Firma	<u>Johnlin R.M.</u>



12 AGO 2020

[Handwritten signature]

Señor.
SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).
Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Juan Camilo Rodríguez Córdoba, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi HERMANO **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Juan Camilo Rodríguez Córdoba
C.C. N° 1077997266

Acepto,

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Comparación:	<u>JUAN CAMILO RODRIGUEZ CORDOBA</u>
Identificado con C.C. No.	<u>1077 997 266</u>
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó:	
Firma:	<u>Juan Camilo</u>



12 AGO 2020

[Handwritten signature]

Señor.

SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).

Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Leider Rodriguez Cordoba, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi HERMANO **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Leider Rodriguez Cordoba
C.C. N° 1077479470

Acepto,

Jose Keiber Mosquera Asprilla
JOSE KEIBER MSOAQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

Luis Alberto Becerra Hernandez
LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

DILIGENCIA DE AUYERUACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdo - Choco	
Comparación:	<u>L. R. O. R.</u>
<u>Rodriguez</u>	<u>CORDOBA</u>
Identificado con C.C. No. <u>1077 479 470</u>	Huella Dactilar
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó:	
Firma:	<u>Leider Rodriguez</u>



12 AGO 2020

Asprilla

Señor,
SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).
Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Daniela Rodriguez Cordoba, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi HERMANO **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Daniela Rodriguez Cordoba
C.C. N° 1003 935 440

Acepto,

Jose Keiber Mosquera Asprilla

JOSE KEIBER MSOAQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.



DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Compareció:	<u>Daniela Rodriguez Cordoba</u>
Identificado con C.C. No.	<u>1003 935 440</u>
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó	Huella Dactilar
Firma:	<u>Daniela Rodriguez</u>

12 AGO 2020

Señor.
SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).
Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Cesare Rodriguez Benitez, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi TIO **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Cesare Rodriguez Benitez
C.C. N° 39413441

Acepto,

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.



DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Comparación:	<u>Cesare Rodriguez Benitez</u>
Identificado con C.C. No.	<u>39413441</u>
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quitóse Chocó	<u>Cesare</u>
irma	

12 AGO 2020

Señor,

SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).

Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Ana Mercedes Rodríguez Hernández, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi Tia **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Ana Mercedes Rodríguez Hernández
C.C. N° 1131184096

Acepto,

Kwya

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Compareció: <u>Ana Mercedes Rodríguez Hernández</u>	
Identificado con C.C. No. <u>1131184096</u> de <u>Quibdó</u>	
y declaro que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó:	Huella Dactilar
Firma: <u>Ana M. Rodríguez</u>	

12 AGU 2020



Señor.
SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).
Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Rodriguez Benitez Fernando, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi TIO **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses

Atentamente,

Rodriguez Benitez Fernando
C.C. N° 94799258

Acepto,

Jose Keiber Mosquera Asprilla
JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

Ante mí, NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE QUIBDO	
compareció	<u>FERNANDO RODRIGUEZ BENITEZ</u>
identificado con la C.C. No.	<u>94799258</u>
de	<u>QUIBDO</u>
quien reconoce como cierto el contenido de este documento y dice que no firma por fuerza, razón por la cual a riesgo de su fe, lo hace	
identificado con la C.C. No.	<u>1010024820</u>
En constancia se imprime la huella dactilar del ROGANTE y la firma del ROGADO. El documento fue leído y aceptado en forma expresa	
Quibdo.	<u>MASLEYDI RODRIGUEZ</u>



Masleydi Rodriguez
12 AGO 2020

Señor,
SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).
Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Margarita Rodríguez Hernández, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi Tio **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Margarita Rodríguez Hernández
C.C. N° 1010026324

Acepto,

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Compareció:	<u>MAR GRIJA</u>
	<u>RODRIGUEZ HERNANDEZ</u>
Identifico con C.C. No.	<u>1010 024 324</u>
y declaro que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó:	
Firma:	<u>MARGARITA</u>
Huella Dactilar:	



2 AGO. 2020

Señor,

SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).

Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

ANA MARTINA BENITEZ, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi Tia **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

ANA MARTINA BENITEZ
C.C. N° 54257033

Acepto,

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segurida del Circulo de Quibdo - Choco	
Comparación: <u>Ana Martina Benitez</u>	
Identificado con C.C. No. <u>54257033</u> de <u>Quibdo</u>	
y declaro que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó Choco	<u>ANA MARTINA</u>
Firma	Huella Dactilar

12 AGO 2020



Señor.
SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).
Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Mari Selva Cordoba Va Moreno, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad. Jose Daniel Perez Cordoba

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi MADRE **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Mari Selva Cordoba Va Moreno
C.C. N° 35604017

Acepto,

JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.



DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Comparación:	<u>MARI SELVA CORDOBA VA MORENO</u>
Identificado con C.C. No.	<u>35 604 017</u>
Declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó, Chocó	
Firma	<u>Mari Selva</u>

12 AGO 2020

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.
T.P. N° 245359 del C.S de la J.

Señor.

SEÑOR JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDO (REPARTO).

Despacho.

REF. OTORGAMIENTO DE PODER.

Rita Maria Rodriguez Cordoba, mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en representación de mis hijos menores de edad.

por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **JOSE KEIBER MOSQUERA ASPRILLA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.443.299 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 236.447 del Consejo Superior de la Judicatura, y al doctor **LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11796980 de Quibdó y portador de Tarjeta Profesional N° 245359 del Consejo Superior de la Judicatura para que en mi nombre y representación lleve proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL en contra de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - E.P.S. SANITAS S.A.S NIT: 800.251.440-6, y LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL CHOCO S A S, IDENTIFICADA CON EL NIT: 9005682579**, representadas por su directores o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente solicitud de conciliación, con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios **Morales y Materiales, Subjetivos y Objetivos, Actuales y Futuros**, que me causaron como consecuencia del mal servicios médicos, por la pérdida de oportunidad y la demora de autorizar procedimientos médicos, los cuales generaron la muerte de mi **MASLEYDI RODRIGUEZ CORDOBA (QPED)**, el día 18 de agosto del año 2018 a falta de que la EPS **SANITAS S.A.S** se demoró en autorizar una remisión para un Hospital de mayor complejidad a fin de que se le realizara un procedimiento médico.

Mi apoderado queda facultado, recibir, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir, interponer recursos, en general todas las facultades contempladas en el artículo 77 del Código General del Proceso para la debida representación y defensa de mis intereses.

Atentamente,

Rita Maria Rodriguez Cordoba
C.C. N° 1003931939

Acepto,

JOSE KEIBER MSOAQUERA ASPRILLA.
C.C. N° 1.077.443.299 de Quibdó.
T.P. N° 236.447 del C.S de la J.

LUIS ALBERTO BECERRA HERNANDEZ.
C.C. N° 11796980 de Quibdó.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO	
Ante la Notaria Segunda del Circuito de Quibdó - Chocó	
Compareció:	<u>Rita Maria Rodriguez Cordoba</u>
	<u>RODRIGUEZ CORDOBA</u>
Identificado con C.C. No.	<u>1003 931 939</u>
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En constancia firma e imprime la huella dactilar.	
Quibdó: Chocó	Huella Dactilar
Firma:	<u>Rita Maria</u>

Reg



27 OCT 2020