

SEÑORES

JUZGADO SÉPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Ciudad

Demandantes: YAMILE ACOSTA RISUEÑO

Demandados: ADMINISTRADORA CLÍNICA LA COLINA S.A.S.

Radicación: 11001310300720220012600

Asunto: Memorial informando fallecimiento apoderada y reiteración datos de notificación.

ADRIANA GARCÍA GAMA, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.867.487 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 144.727 del Consejo Superior de la Judicatura en mi calidad de apoderada judicial de **ADMINISTRADORA CLÍNICA LA COLINA S.A.S.**, me permito informar el lamentable fallecimiento de la doctora ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ, quien había sido designada por la entidad que represento en calidad de apoderada principal.

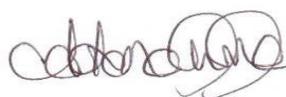
Teniendo en cuenta el poder otorgado por la entidad como apoderada suplente, me permito reiterar mis canales de comunicación, para cualquier actuación futura que surja en el proceso:

adrianagarcia@amdebrigard.com; adrianagarciagama@gmail.com

Celular: 316-6900166

Anexo: Registro civil de defunción.

Respetuosamente,



ADRIANA GARCÍA GAMA

C.C. No. 52.867.487 de Bogotá

T.P. No. 144.727 del C. S. de la J.



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Indicativo
Serial 10384118

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaria	<input checked="" type="checkbox"/> Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	A S C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 9 BOGOTA DC *****							

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos
DE BRIGARD PEREZ ANA MARIA *****

Documento de identificación (Clase y número)
CC No. 5169955 *****

Sexo (en Letras)
FEMENINO *

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *****

Fecha de la defunción

Año	2	0	2	4	Mes	E	N	E	Día	1	5	Hora	13:57	Número de certificado de defunción	24015120467372****
-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---	------	-------	------------------------------------	--------------------

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia

Fecha de la sentencia

Documento presentado

Autorización judicial Certificado Médico PABLO ARTURO MENDEZ OSORIO-MEDICO

Nombre y cargo del funcionario

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos
CASTRO CABRERA VICTOR JULIO *****

Documento de identificación (Clase y número)
CC No. 80842751 *****

Firma

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año	2	0	2	4	Mes	E	N	E	Día	2	5
-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---

Nombre y firma del funcionario que autoriza
ELSA VILLALOBOS SARMIENTO

ESPACIO PARA NOTAS

INSCRIPCION EXTEMPORANEA SEGUN FISCALIA 318 DELEGADA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

© castro s.a.

REGISTRADO EN PLANO