



Señor(a):  
**JUEZ(A) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. (REPARTO)**  
Ciudad.


Referencia	SOLICITUD DE MEDIDAS CAUTELARES, DEMANDA PROCESO RESPONSABILIDAD MEDICA
Proceso	Verbal-Responsabilidad Médica Causante de Muerte
Demandantes	LUCIA CARRILLO DE PINEDA, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 21.069.426 DE BOGOTÁ, EN CALIDAD DE ESPOSA, ÁNGELA MARIA PINEDA CARRILLO, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 1.015.401.206 DE BOGOTÁ Y SANDRA PINEDA CARRILLO, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52.791.927 DE BOGOTÁ, EN CALIDAD DE HIJAS DEL SEÑOR RAMÓN HERNANDO PINEDA SILVA (Q.E.P.D), IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 3.228.595.
Demandadas	LOSCOBOS MEDICAL CENTER S.A.S- LOSCOBOS, IDENTIFICADA CON NIT. 901.145.394-8 Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR IDENTIFICADA CON NIT. 860.066.942-7.

**MARIA ALEJANDRA PINZÓN** mayor de edad y domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. identificada con cédula de ciudadanía No. 1.010.166.567 expedida en Bogotá D.C., abogada titulada e inscrita con T.P. No. 200.118 del C. S de la J. en ejercicio del poder que legalmente me fue conferido por la señora **LUCIA CARRILLO DE PINEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **21.069.426** de Bogotá, en calidad de esposa, la señora **ÁNGELA MARIA PINEDA CARRILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.015.401.206** de Bogotá y la señora **SANDRA PINEDA CARRILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.791.927** de Bogotá en calidad de hijas del señor **RAMÓN HERNANDO PINEDA SILVA (Q.E.P.D)**, identificado con cédula de ciudadanía No. **3.228.595**, nos dirigimos ante su despacho por medio del presente anexo, con el objeto de solicitar medidas cautelares en virtud de la DEMANDA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA en contra de una de las demandadas, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR IDENTIFICADA CON NIT. 860.066.942-7**, a fin de que por los trámites propios del proceso y para que la pretensión incoada no sea ilusoria y surta efectos, solicito decretar medidas cautelares, que a continuación indico, sobre el bien sujeto a registro que pertenece a la demandada.

Lo anterior conforme al Artículo 590 numeral 1 literal B del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordene la Inscripción de la presente demanda en el Folio de Matricula 50S-40419499 propiedad de la demandada **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR IDENTIFICADA CON NIT. 860.066.942-7**, Superlote 1 SM1-1.

Así mismo se comuniqué lo anterior a la CÁMARA DE COMERCIO de la ciudad de Bogotá, a fin que inscriba la demanda, en los folios de matrícula mercantil de la demanda **LOSCOBOS MEDICAL CENTER S.A.S- LOSCOBOS, IDENTIFICADA CON NIT. 901.145.394-8**. Adjuntamos Certificado de Existencia y Representación Legal.

De su señoría, atentamente,



**MARÍA ALEJANDRA PINZÓN**  
C.C. No. 1.010.166.567 de Bogotá  
T.P. No. 200118 del C.S. de la J.