



maria pinzon &lt;pinzonasociadossas@gmail.com&gt;

---

**poderes y amparo Hernando Pineda firmados**

1 mensaje

**SANDRA PINEDA** <sandramercury@hotmail.com>

26 de septiembre de 2024, 20:23

Para: "pinzonasociadossas@gmail.com" &lt;pinzonasociadossas@gmail.com&gt;

Estimada Doctora Pinzón, envío adjunto el poder que les otorgamos para que representen nuestros intereses. Así mismo, envío el amparo de pobreza.

Lo anterior, en cumplimiento de las disposiciones especiales de la ley 2213 de 2022.

Cordialmente,

LUCIA CARRILLO DE PINEDA  
SANDRA MILENA PINEDA

Enviado desde [Outlook](#)

---

 **Poderes y Amparo Hernando Pineda\_FIRMADO.pdf**  
352K

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

<b>Referencia</b>	<b>PODER ESPECIAL</b>
<b>Proceso</b>	<b>VERBAL-RESPONSABILIDAD MÉDICA CAUSANTE DE MUERTE</b>
<b>Demandantes</b>	<b>LUCIA CARRILLO DE PINEDA, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 21.069.426 DE BOGOTÁ EN CALIDAD DE ESPOSA, ANGELA 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.</b>
<b>Demandadas</b>	<b>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.</b>

Yo, **LUCIA CARRILLO DE PINEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **21.069.426** de Bogotá, correo electrónico [sandramercury@hotmail.com](mailto:sandramercury@hotmail.com), obrando en mi propio nombre, manifestó a usted que confiero poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiera a la doctora **MARÍA ALEJANDRA PINZÓN** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.010.166.567 de Bogotá portadora de la Tarjeta Profesional No. 200118 del C.S. de la J. persona mayor de edad, domiciliada en Bogotá, abogada en ejercicio, correo electrónico [Pinzonasociadossas@gmail.com](mailto:Pinzonasociadossas@gmail.com), para que formule y presente demanda a través del PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA contra **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**.

Nuestra apoderada queda facultada para conciliar, transigir, recibir, sustituir, reasumir, solicitar medidas cautelares, solicitar medidas anticipadas y efectuar todos los actos necesarios para el cabal cumplimiento del poder conferido.

**Atentamente,**

*Lucia Carrillo*

---

**LUCIA CARRILLO DE PINEDA**  
C.C. 21.069.426 Bogotá  
[sandramercury@hotmail.com](mailto:sandramercury@hotmail.com)  
**Poderdante**

**Acepto,**



---

**MARÍA ALEJANDRA PINZÓN**  
C.C. No. 1.010.166.567 de Bogotá  
T.P. No. 200118 del C.S. de la J.  
[pinzonasociadossas@gmail.com](mailto:pinzonasociadossas@gmail.com)  
**Apoderada Especial.**

Señor(a):

**JUEZ(A) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. (REPARTO)**

Ciudad.

Referencia	PODER ESPECIAL
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.

Yo, **SANDRA MILENA PINEDA CARRILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.791.927** de Bogotá, correo electrónico sandramercury@hotmail.com, obrando en mi propio nombre, manifestó a usted que confiero poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiera a la doctora **MARÍA ALEJANDRA PINZÓN** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.010.166.567 de Bogotá portadora de la Tarjeta Profesional No. 200118 del C.S. de la J. persona mayor de edad, domiciliada en Bogotá, abogada en ejercicio, correo electrónico [Pinzonasociadossas@gmail.com](mailto:Pinzonasociadossas@gmail.com), para que formule y presente demanda a través del PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA contra **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.

Nuestra apoderada queda facultada para conciliar, transigir, recibir, sustituir, reasumir, solicitar medidas cautelares, solicitar medidas anticipadas y efectuar todos los actos necesarios para el cabal cumplimiento del poder conferido.

**Atentamente,**

*Sandra Milena Pineda*

---

**SANDRA MILENA PINEDA CARRILLO**

C.C. 52.791.927 Bogotá

sandramercury@hotmail.com

**Poderdante**

**Acepto,**



---

**MARÍA ALEJANDRA PINZÓN**

C.C. No. 1.010.166.567 de Bogotá

T.P. No. 200118 del C.S. de la J.

pinzonasociadossas@gmail.com

**Apoderada Especial.**

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

Referencia	Solicitud Amparo de Pobreza
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.

**ASUNTO:** Solicitud beneficio de amparo de pobreza

Yo, **LUCIA CARRILLO DE PINEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **21.069.426** de Bogotá, E-mail sandramercury@hotmail.com, obrando en mi propio nombre, comedidamente solicito a su Despacho, se sirva concederme *El Beneficio de Amparo de Pobreza* consagrado en el *Artículo 151 del Código General del Proceso*. Se concederá el amparo de pobreza a la persona que no se halle en capacidad de atender los gastos del proceso sin menoscabo de lo necesario para su propia subsistencia y la de las personas a quienes por ley debe alimentos.

Por todo lo anterior, solicito se conceda el amparo de pobreza y declaro bajo la gravedad de juramento que no cuento con los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos que genere la demanda **Verbal-Responsabilidad Médica Causante de Muerte** que se ha presentado en contra de **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**.

En consecuencia, solicito de la manera más respetuosa, se me exonere de prestar las cauciones pertinentes, pagar expensas, honorarios a auxiliares de la justicia, y otros gastos que se generen durante el transcurso del proceso.

**Atentamente,**

*Lucia Carrillo*

---

**LUCIA CARRILLO DE PINEDA**  
C.C. 21.069.426 Bogotá

Señor(a):

**JUEZ(A) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. (REPARTO)**

**Ciudad.**

<b>Referencia</b>	<b>Solicitud Amparo de Pobreza</b>
<b>Proceso</b>	<b>Verbal-Responsabilidad Médica Causante de Muerte</b>
<b>Demandantes</b>	<b>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.</b>
<b>Demandadas</b>	<b>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.</b>

**ASUNTO:** Solicitud beneficio de amparo de pobreza

Yo, **SANDRA MILENA PINEDA CARRILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.791.927** de Bogotá, E-mail sandramercury@hotmail.com, obrando en mi propio nombre, comedidamente solicito a su Despacho, se sirva concederme *El Beneficio de Amparo de Pobreza* consagrado en el *Artículo 151 del Código General del Proceso*. Se concederá el amparo de pobreza a la persona que no se halle en capacidad de atender los gastos del proceso sin menoscabo de lo necesario para su propia subsistencia y la de las personas a quienes por ley debe alimentos.

Por todo lo anterior, solicito se conceda el amparo de pobreza y declaro bajo la gravedad de juramento que no cuento con los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos que genere la demanda **Verbal-Responsabilidad Médica Causante de Muerte** que se ha presentado en contra de **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**.

En consecuencia, solicito de la manera más respetuosa, se me exonere de prestar las cauciones pertinentes, pagar expensas, honorarios a auxiliares de la justicia, y otros gastos que se generen durante el transcurso del proceso.

**Atentamente,**

*Sandra Milena Pineda*

---

**SANDRA MILENA PINEDA CARRILLO**

C.C. 52.791.927 Bogotá



maria pinzon &lt;pinzonasociadossas@gmail.com&gt;

---

## Poderes y Amparo

1 mensaje

---

**angela pineda** <pinedangela@gmail.com>  
Para: pinzonasociadossas@gmail.com

26 de septiembre de 2024, 18:39

Estimada Doctora Pinzón,

Envío adjunto el poder que les otorgamos para que representen nuestros intereses. Así mismo, envío el amparo de pobreza.

Lo anterior en cumplimiento de las disposiciones especiales de la ley 2213 de 2022.

Cordialmente  
Angela Pineda  
c.c. 1015401206



**Poderes y Amparo Hernando Pineda.pdf**

686K

Señor(a):

**JUEZ(A) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. (REPARTO)**

**Ciudad.**

<b>Referencia</b>	<b>PODER ESPECIAL</b>
<b>Proceso</b>	<b>VERBAL-RESPONSABILIDAD MÉDICA CAUSANTE DE MUERTE</b>
<b>Demandantes</b>	<b>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.</b>
<b>Demandadas</b>	<b>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.</b>

Yo, **ÁNGELA MARIA PINEDA CARRILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.015.401.206** de Bogotá, correo electrónico [pinedangela@gmail.com](mailto:pinedangela@gmail.com), obrando en mi propio nombre, manifestó a usted que confiero poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiera a la doctora **MARÍA ALEJANDRA PINZÓN** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.010.166.567 de Bogotá portadora de la Tarjeta Profesional No. 200118 del C.S. de la J. persona mayor de edad, domiciliada en Bogotá, abogada en ejercicio, correo electrónico [Pinzonasociadossas@gmail.com](mailto:Pinzonasociadossas@gmail.com), para que formule y presente demanda a través del PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA contra **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**.

Nuestra apoderada queda facultada para conciliar, transigir, recibir, sustituir, reasumir, solicitar medidas cautelares, solicitar medidas anticipadas y efectuar todos los actos necesarios para el cabal cumplimiento del poder conferido.

**Atentamente,**



---

**ÁNGELA MARIA PINEDA CARRILLO**

C.C. 1.015.401.206 Bogotá  
pinedangela@gmail.com  
**Poderdante**

**Acepto,**



**MARÍA ALEJANDRA PINZÓN**  
C.C. No. 1.010.166.567 de Bogotá  
T.P. No. 200118 del C.S. de la J.  
pinzonasociadossas@gmail.com  
**Apoderada Especial.**

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

<b>Referencia</b>	<b>Solicitud Amparo de Pobreza</b>
<b>Proceso</b>	<b>Verbal-Responsabilidad Médica Causante de Muerte</b>
<b>Demandantes</b>	<b>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.</b>
<b>Demandadas</b>	<b>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.</b>

**ASUNTO:** Solicitud beneficio de amparo de pobreza

Yo, **ÁNGELA MARIA PINEDA CARRILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.015.401.206** de Bogotá, E-mail [pinedangela@gmail.com](mailto:pinedangela@gmail.com), obrando en mi propio nombre, comedidamente solicito a su Despacho, se sirva concederme *El Beneficio de Amparo de Pobreza* consagrado en el *Artículo 151 del Código General del Proceso*. Se concederá el amparo de pobreza a la persona que no se halle en capacidad de atender los gastos del proceso sin menoscabo de lo necesario para su propia subsistencia y la de las personas a quienes por ley debe alimentos.

Por todo lo anterior, solicito se conceda el amparo de pobreza y declaro bajo la gravedad de juramento que no cuento con los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos que genere la demanda **Verbal-Responsabilidad Médica Causante de Muerte** que se ha presentado en contra de **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**.

En consecuencia, solicito de la manera más respetuosa, se me exonere de prestar las cauciones pertinentes, pagar expensas, honorarios a auxiliares de la justicia, y otros gastos que se generen durante el transcurso del proceso.

**Atentamente,**

Handwritten signature of Ángela Pineda in black ink.

---

**ÁNGELA MARIA PINEDA CARRILLO**  
C.C. 1.015.401.206 Bogotá