Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Señores
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
E S D

Ref. PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE
PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTE MARIA HERMILA MINA DE SARRIA
DEMANDADO CLINICA DE LA VISION DEL VALLE SAS Y OTROS
RADICACION 76001310300720250001200

BERTHA LUCY GONZALEZ GONZALEZ, mayor de edad, vecina de la ciudad de Cali, identificada como aparece al pie de mi firma, en mi condición de Representante Legal de la **CLINICA DE LA VISION DEL VALLE S.A.S.,** según consta en el certificado de Cámara de Comercio de Cali, identificada con el NIT 805017914-1, ubicada en la CL 22 NORTE # 4 N 22 de esta ciudad, correo electrónico para recibir notificaciones judiciales: notificacionjudicialcvv@gmail.com , manifiesto a Usted por medio de este escrito que confiero Poder Especial, Amplio y Suficiente al Dr. **HAROLD ARISTIZABAL MARIN,** igualmente mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la C.C.16.678.028 de Cali, Abogado en ejercicio portador de la T.P. No.41.291 del C. S. de la Judicatura, dirección electrónica para notificaciones: harold.aristizabal@conava.net para que conteste la demanda, el llamamiento en garantía, llame en garantía, proponga excepciones, formule nulidades y realice todas las gestiones pertinentes de esta clase de mandato y en defensa de la Sociedad que represento.

Mi Apoderado queda facultado para notificarse, Conciliar transigir, desistir, sustituir, recibir, reasumir, y efectuar todas las acciones y trámites necesarios en el cumplimiento de su mandato.

Solicito a usted, reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente poder.

Sinceramente,

BERTHA LUCY GONZALEZ GONZALEZ
C.C. No. 31882844
notificacionjudicialcvv@gmail.com

ACEPTO EL PRESENTE PODER

HAROLD ARISTIZABAL MARIN
C.C. No. 16.678.028 de Cali
T.P. No. 41.291 del C.S. de la J.
harold.aristizabal@conava.net