

Señor

JUEZ PROMISCOU MUNICIPAL DE TOCANCIPÁ - CUNDINAMARCA

E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL SUMARIO FIJACIÓN DE CUOTA ALIMENTARIA Y RÉGIMEN DE VISITAS

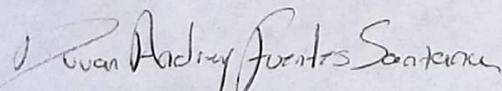
DEMANDANTE: SANDY TATIANA VELÁSQUEZ PÉREZ identificada con cedula de ciudadanía 1.077.092.572 en calidad de representante de MARIA VICTORIA FUENTES VELASQUEZ identificada con NUIP 1.077.093.793

DEMANDADO: DUVAN ANDREY FUENTES SANTANA identificado con cedula de ciudadanía 1.051.590.291

DUVAN ANDREY FUENTES SANTANA identificado con cedula de ciudadanía 1.051.590.291 de Zipaquirá - Cundinamarca con dirección de correo electrónico: duvanfuentes47@gmail.com, en mi condición de demandado dentro del proceso de la referencia manifiesto al señor Juez que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada MARTHA LUCIA LOPEZ RODRIGUEZ identificada con la cedula de ciudadanía 1.015.462.786 de Bogotá D. C portadora de la tarjeta profesional de abogado No. 349.076 del C. S de la J y con dirección de correo electrónico: abgmarthalopez@gmail.com para que en mi nombre y representación, conteste la demanda, formule excepciones correspondientes a fin de defender mi interés en el proceso que se lleva en mi contra.

Mi apoderada queda expresamente facultada para presentar todo tipo de incidentes, además de la facultad que consagra los Articulo 73 y 74 del Código General del procesó., y demás normas concordantes y aplicables para el presente caso y en especial las de recibir, transigir, desistir, sustituir, proponer nulidades, contestar excepciones, interponer los recursos de ley, conciliar previa instrucción del mandante y en general adelantar todas las actuaciones necesarias para la defensa de mis intereses en el trámite del presente proceso.

Del Señor Juez,

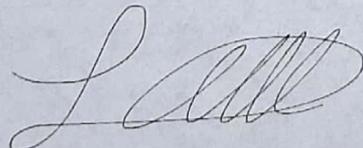


DUVAN ANDREY FUENTES SANTANA

C.C. No. 1.051.590.291 de Zipaquirá - Cundinamarca

Correo electrónico: duvanfuentes47@gmail.com.

Acepto,



MARTHA LUCIA LOPEZ RODRIGUEZ

C.C.1.015.462.786 de Bogotá D.C.

T.P. 349.076 C.S. de la J.

Dirección de correo electrónico 1: abgmarthalopez@gmail.com



martha lopez <abgmarthalopez@gmail.com>

ACEPTO PODER!

2 mensajes

Duvan Fuentes <duvanfuentes47@gmail.com>
Para: abgmarthalopez@gmai.com, abgmarthalopez@gmail.com

10 de febrero de 2021, 13:37

----- Forwarded message -----

De: **Duvan Fuentes** <duvanfuentes47@gmail.com>
Date: dom., 7 de febrero de 2021 2:11 p. m.
Subject: Firma de poder!
To: <abgmarthalopez@gmai.com>

 **CamScanner 02-07-2021 14.06.pdf**
334K

martha lopez <abgmarthalopez@gmail.com>
Para: jprmpaltocancipa@cendoj.ramajudicial.gov.co, duvanfuentes47@gmail.com

10 de febrero de 2021, 14:53

Cordial saludo; Sr. Duvan

Acepto poder.
MARTHA LUCIA LOPEZ RODRIGUEZ
3125470126

[El texto citado está oculto]

 **CamScanner 02-07-2021 14.06.pdf**
334K



**LA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y
 AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA**

CERTIFICA

Certificado de Vigencia N.: 71990

Que de conformidad con el Decreto 196 de 1971 y el numeral 20 del artículo 85 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional de Abogado, duplicados y cambios de formatos, previa verificación de los requisitos señalados por la Ley. También le corresponde llevar el registro de sanciones disciplinarias impuestas en el ejercicio de la profesión de abogado, así como de las penas accesorias y demás novedades.

Una vez revisados los registros que contienen la base de datos de esta Unidad se constató que el (la) señor (a) **MARTHA LUCIA LOPEZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con la **cédula de ciudadanía No. 1015462786**, registra la siguiente información.

VIGENCIA

CALIDAD	NÚMERO TARJETA	FECHA EXPEDICIÓN	ESTADO
Abogado	349076	11/09/2020	Vigente

En relación con su domicilio profesional, actualmente aparecen registradas las siguientes direcciones y números telefónicos:

DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELEFONO
Oficina CARRERA 17 NO. 89-31 OFICINA 304	BOGOTA D.C.	BOGOTA	7045332 - 3183489419
Residencia CARRERA 95 NO. 127 C 29	BOGOTA D.C.	BOGOTA	3125470126 - 3115013859
Correo	ABGMARTHALOPEZ@GMAIL.COM		

Se expide la presente certificación, a los **9** días del mes de **febrero** de **2021**.

*Consejo Superior
 de la Judicatura*

MARTHA ESPERANZA CUEVAS MELÉNDEZ
 Directora

Notas 1- Si el número de cédula, los nombres y/o apellidos presentan error, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia.
 2- El documento se puede verificar en la página de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co a través del número de certificado y fecha expedición.
 3- Esta certificación informa el estado de vigencia de la Tarjeta Profesional, Licencia Temporal, Juez de Paz y de Reconsideración





SEGURIDAD FENIX DE COLOMBIA LTDA

PROTEGER ES NUESTRO FIN

NIT. 800.234.493-4

CL.SFC. 2020-02-00

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE SEGURIDAD FENIX DE COLOMBIA LTDA. MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO,

CERTIFICA QUE:

NOMBRE TRABAJADOR: **DUVAN ANDREY FUENTES SANTANA**

IDENTIFICACION. - C.C.: **1051590291**

CARGO DESEMPEÑADO: **VIGILANTE**

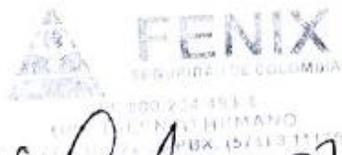
FECHA INGRESO: **04/12/2020**

TIPO DE CONTRATO: **Termino de obra o labor contratada**

SUELDO: NOVECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTSEISI PESOS M/CTE (\$908.526),
AUXILIO DE TRANSPORTE (\$102.854).

Se expide en Bogotá D.C., el 29 de enero de 2021.

Atentamente,



Yudy Viviana Duarte Ariza

YUDY VIVIANA DUARTE ARIZA
Directora de Recursos Humano
SEGURIDAD FENIX DE COLOMBIA LTDA

DESDE 1993

AD FENIX
MBIA LTDA
NUESTRO FIN

Vigilado Supervigilancia Res. 20204100041887 del 29/07/2020

SuperVigilancia



 /seguridadfenixdecolombia
 (571) 3125484524
 seguridadfenix
 @seguridadfenixdecolombia



BOGOTÁ
SEDE PRINCIPAL
Carrera 27C N° 72-58

CAJICA
AGENCIA
Calle 6a No. 6-73

PASTO NARIÑO
AGENCIA
Carrera 28 No 13-46
Oficina 311

PBX: (57 1) 9277471-2253785
Celular. 3125484524-3142292838
paqs@seguridadfenixdecolombia.com
www.seguridadfenixdecolombia.com

 SIRVIENDO CON EXPERIENCIA ★
27 Años

NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRA

**ACTA DE DECLARACION JURAMENTADA, RENDIDA DE CONFORMIDAD CON LO
DISPUERTO EN EL DECRETO 1557 DE 1989 Y EL ARTÍCULO 188 DEL C.G.P...
No. 409**

En la ciudad de Zipaquirá Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los ocho (08) días del mes de Febrero del año dos mil veintiuno (2.021), ante mí **HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE ZIPAQUIRA**, **COMPARECE: LUIS ALIRIO FUENTES CELY**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 4.104.365 de Chita (Boyacá) y manifiesta que presenta declaración juramentada con fines con fundamento en los siguientes hechos.-----

PRIMERO.- Me llamo e identifiqué como quedó escrito, mayor de edad, domiciliado (a) en la **TRANSVERSAL 3 No. 11-42 Barrio Samaria Zipaquirá.**-----

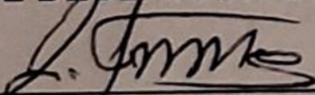
SEGUNDO.- Bajo la gravedad del juramento declaro que: -----

1. Soy el papá de **DUVAN ANDREY FUENTES SANTANA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 1.051.590.291 de Zipaquirá-----
2. Vivo con mi hijo bajo el mismo techo.-----
3. Mi hijo me aporta ayuda económica mensual de doscientos cincuenta mil pesos moneda corriente, para mi manutención.-----
4. Trabajo en la empresa **TENNIS CLUB**-----
5. Mi hijo trabajo en la empresa **FENIX**.-----

TERCERO La declaración que rindo bajo la gravedad de juramento tiene por objeto presentarse en original a: **QUIEN INTERESE.**

NOTA: EL NOTARIO ADVIERTE DEL CONTENIDO DEL DECRETO, LEY 19 DE 2012. ESTA DECLARACION SE ELABORA A PETICION DE LOS INTERESADOS.

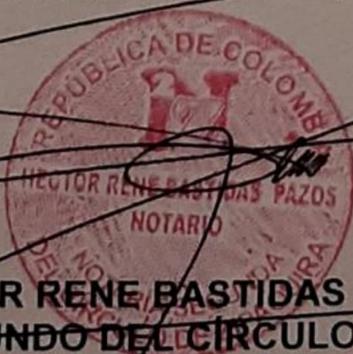
EL DECLARANTE



C.C. No. 4.104.365

CERTIFICADO DE IDONEIDAD: El Suscrito Notario Segundo Del Círculo de Zipaquirá **CERTIFICA** que los declarantes son hábiles e idóneos para rendir la presente declaración.

DERECHOS NOTARIALES: \$13.800 IVA: \$2.622
IDENTIFICACION BIOMETRICA: \$3.300 IVA: \$627
TOTAL: \$20.349



**HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS
NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRÁ**

NOTA: Lea bien su declaración, después de salir de la Notaría no se aceptara ningún reclamo.



AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



731175

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el ocho (8) de febrero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Segunda (2) del Círculo de Zipaquirá, compareció: LUIS ALIRIO FUENTES CELY, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 4104365.

----- Firma autógrafa -----



v3m3o2ng9mrn
08/02/2021 - 12:43:18



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta acta, forma parte de la declaración extra-proceso TRAMITES ANTE JUZGADO.



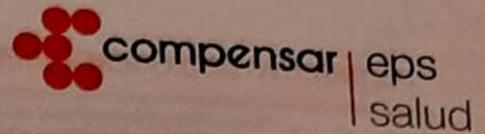
HÉCTOR RENÉ BASTIDAS PAZOS

Notario Segunda (2) del Círculo de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co

Número Único de Transacción: v3m3o2ng9mrn

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: Fecha de Radicación:

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input checked="" type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) ADD
---	---	---	---	--	---	---

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Fernández Segundo Apellido: Santana Primer Nombre: Daniel Segundo Nombre: Antonio	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 7.057.590.297	9. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento: 21/03/1981
---	--	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: NO	12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN: 30	14. Grupo de población especial: 30	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sena	16. Administradora de pensiones: Protección
17. Ingreso base de cotización - IBC: 720.776	18. Residencia: Trabucal 30 Dirección 7164 Zipaquirá 75 Teléfono fijo 322 Teléfono celular 322	19. Correo electrónico: daniel.fernandez@compensar.com			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Fernández Segundo Apellido: Santana Primer Nombre: Daniel Segundo Nombre: Antonio	20. Tipo de documento de identidad: <input type="checkbox"/>	21. Número de documento de identidad: <input type="text"/>	22. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento: DDMMAAAA
--	--	--	--	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1	Fernández	Velazquez	Maria	Victoria	registro	7.077.093.793	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
				Tipo	Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento		Teléfono fijo y/o celular
B1	26/01/2019	H	H								
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Protección	Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1189	35. Nombre o razón social: <input type="text"/>		36. Tipo de documento de identificación: <input type="text"/>
37. Número del documento de identificación: <input type="text"/>	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): <input type="text"/>			
39. Ubicación: Dirección <input type="text"/>		39. Ubicación: Teléfono <input type="text"/>	39. Ubicación: Correo electrónico <input type="text"/>	39. Ubicación: Municipio / Distrito <input type="text"/>

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/>	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>
1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/>	14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/>	15. Reporte por fallecimiento <input type="checkbox"/>
3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/>	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/>
4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/>	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/>
5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/>		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: Fernández Segundo Apellido: Santana Primer Nombre: Daniel Segundo Nombre: Antonio	42. Fecha de nacimiento: DDMMAAAA
43. EPS anterior: <input type="text"/>	44. Motivo de traslado: Código <input type="text"/>
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: <input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/>	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input checked="" type="checkbox"/>
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. <input type="checkbox"/>
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. <input type="checkbox"/>	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/>
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/>	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/>	

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia o Beneficiario: **[Firma]**

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio: **[Firma]**

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="text"/>	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/>	59. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. <input type="checkbox"/>	60. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. <input type="checkbox"/>
60. Copia del certificado de adopción o acta de anexo del menor. <input type="checkbox"/>	

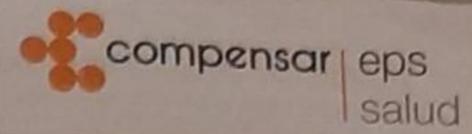


X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN: Número de la ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación: DDMMAAAA	69. Fecha de validación: DDMMAAAA
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	71. Firma del funcionario: <input type="text"/>		

OBSERVACIONES: **[Handwritten notes]**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación:
 Fecha de Radicación: 01/02/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	B. Colectiva	3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	A. Individual <input checked="" type="checkbox"/>	C. Institucional	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>		ADD
B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	D. De oficio	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input checked="" type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Santos, Duvar, Andina

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1.051590291

9. Sexo: Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento: 27/02/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: NA

12. Discapacidad: Tipo Condición

13. Puntaje SISBÉN: NA

14. Grupo de población especial: NA

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: NA

16. Administradora de pensiones: NA

17. Ingreso base de cotización - IBC: NA

18. Residencia: Travesera 30 N° 11-69, Zipaquira, Cundinamarca

19. Ingresos: 522644, 32244470

20. Zona: Urbana Rural

21. Correo electrónico: dsantos47@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Santos, Duvar

20. Tipo de documento de identidad: CC

21. Número de documento de identidad: 1.051590291

22. Sexo: Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento: 01/01/1996

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1	Santos	Victoria	Victoria	RC	1772093793	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
DD	MM	F	N	T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	
B1	27	02	01	9	11	Zipaquira	<input checked="" type="checkbox"/>	Cundinamarca	
B2									
B3									
B4									
B5									

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Cot

Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1139

35. Nombre o razón social: B

36. Tipo de documento de identificación: B

37. Número del documento de identificación: B

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): B

39. Ubicación: Dirección, Teléfono, Correo electrónico, Municipio / Distrito, Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/>	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>
1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/>	14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/>	15. Reporte por fallecimiento <input type="checkbox"/>
3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/>	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/>
4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/>	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/>
5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/>		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre

42. Fecha: DD MM AAAA

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado: Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, responsable de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant RC Cant TI Cant CC Cant PA Cant CE Cant CD Cant SC Cant T Cant

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante o cabeza de familia y los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o producción de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio que acredite la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio, Código del departamento

67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha, Puntaje, Nivel

68. Fecha de radicación: DD MM AAAA

69. Fecha de validación: DD MM AAAA

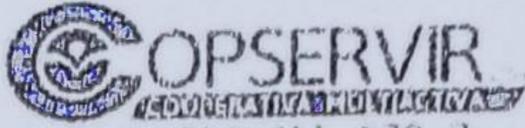
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Segundo Apellido, Primer Nombre

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: add Bn H x UGF, requiere atencion

VIGILADO SuperSalud

VIGILADO SuperSubsidio



NIT: 890.013.670-3

REBAJA PLUS 2 ZIPAQUIRA

Factura de venta No. 2531 2425085

Fecha: 2019-03-07 17:24:08

Caja: 10 - VIZCAINO ORTIZ CLAUDIA YANETH

Vend: 4053 - CORDOBA BOLANOS ANGELA MARIA

Código	Descripcion	Und.	Fracc.	Precio	Total
15446	GESTAVIT DHA CAJA X 30 CGB	1		62250	62250
	Descuento T. Mas 0.1%				-6225
	Descuento T. Mas Obsequio 10%				-6225
Item:1	Subtotal:				\$ 62,250
	VALOR VENTA:				\$ 62,250
	VALOR NETO A PAGAR =>				\$ 49,800

Formas De Pago	Valor	Vence
EFFECTIVO	50,000	20190307
Recibido: 50,000		Cambio: 200

Descuentos Disp. T. Mas: 34
Fecha Vencimiento T. Mas: 2020-03-06

SU AHORRO FUE DE: \$ 12,450

IMPUESTOS

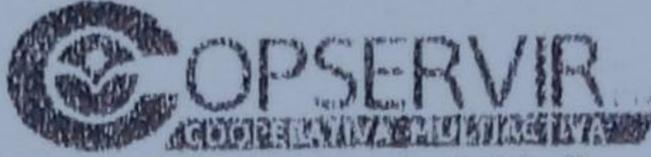
Factor: 0.00 Base: 49,800 Impto: 0

IVA regimen comun - somos grandes contribuyentes s/Resolucion 12635 del 14 Diciembre/18 Agente retenedor de IVA Prefijo 2531 desde 2229560 hasta 3509000 HABILITA Resolucion 18762003201899 desde 2017-05-09 hasta 2019-05-09



Todo para la Salud y el Hogar

16. EPC1



NIT: 830.011.670 3

REBAJA PLUS 2 ZIPAQUIRA

Factura de venta No. 2532 53403

Fecha: 2019-04-02 13:16:05

Caja: 20 - MALAVER GOMEZ HILVAR YAMID

Vend: 8809 - LOPEZ ORTIZ DUMAR SNEIDER

Codigo	Description	Und.	Fracc.	Precio	Total
15446	GESTAVIT DHA CAJA X 30.00 CBG				
		1		62350	62350

Item:1 Subtotal. \$ 62,350
 VALOR VENTA: \$ 62,350
 VALOR NETO A PAGAR => \$ 62,350

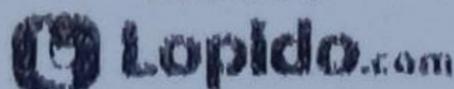
Formas De Pago	Valor	Vence
EFFECTIVO	70,000	20190402
Recibido: 70,000	Cambio: 7,650	

IMPUESTOS

Factor: 0.00 Base: 62,350 Impto: 0

IVA regimen comun somos grandes contribuyentes s/Resolucion 12635 del 14 Diciembre/18 Agente retenedor de IVA Pretrigo 2532 desde 33845 hasta 1500300 HABILITA Resolucion 18762098406101 desde 2018-05-25 hasta 2020-05-25

Visite



Todo para la Salud y el Hogar

Se consignaron
100.000. al señor
Jaime Andres
Acevedo para la
Señora Sandy
Tatiana Velasquez
para para uso
y consumo mensual
para los gastos de
el Entusiasmo.

Febrero 02 - 2019



EFFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 BOGOTA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOLUCION No 014097 DE
DIC 30/2010
SOMOS AUTORRETENEDORES
RESOLUCION No 18762001859951 DE
ENE 19/2017
VIGILADO Y CONTROLADO POR EL MINISTERIO
DE TECNOLOGIAS
DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES
EMPRESA DEDICADA A LA
OPERACION DE TRANSPORTE
ACTIVIDAD ICA 301

Factura de Venta: 9-096252156
Especialista en servicio: LAJOCAGO
DV: 771006
Fecha: 02/04/2019 13:19:19
A pagar: \$100.000,00

Tarifa basica: \$6.000,00
Tarifa variable: \$0,00
Descuento: \$0,00

Total pagado: \$106.000,00
Efectivo: \$106.000,00
Cambio: \$0,00

PAP Origen: 998973 MEGA 10 CENTRO
COMERCIAL
CARRERA 10 No. 5 - 63 LOCAL 112 ZIPAQU
IRA, CUNDINAMARCA

PAP Destino: 901017 CENTRO COMERCIAL
VIRREYES ::
Carrera 7 No. 3-47 Local 106 ZIPAQUIRA,
CUNDINAMARCA

Remitente:
DUVAN ANDREY FUENTES SANTANA
CC : 1051590291
Tel: 3224933448

Destinatario:
JAI ME ANDRES ACEVEDO
CC : 79643917
Tel: 3214155150

Entregue Conforme: _____
C.C. _____

Este documento se asimila a la letra de

medicamentos para la infección
durante la hospitalización que
lleva a cabo el día 30
Abril del año 2019

VARGAS ACOSTA ALICIA
DROGUERIAS PUNTO ALFA

Nit:35413562-8

CALLE 8 N. 6-08 ZIPAQUIRA

Telefono: 8512984

FACTURA DE VENTA No.: 0000180528

Fecha: 05/13/2019 Hora: 14:16

Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01

Vendedores: 01 JAIRO PINZON CUESTA

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
23682	GESTAVIT	00 U	1	59,900

IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL
0.00	59,900	0	59,900

ITEMS:	1 01 EFECTIVO	\$	70,000
	CAMBIO	\$	10,100

IVA REGIMEN SIMPLIFICADO

Software TECNOLOGY.COM SAS N:900364130-6

Tel:7031414-3135099238 Bogota-Colombia



PAÑALERA ANLLY SPORT F.E.

Crr. 9 # 5-68

Crr. 8 # 6-13

Nº 2738

Fecha: Julio 06 2019

Nombre: _____

Teléfono: _____

Artículo: coche Promoción M

Valor \$: 150.000 Abono: 150.000 Saldo: 9

Fecha: _____ Abono: _____ Saldo: _____

Fecha: _____ Abono: _____ Saldo: _____

Fecha: _____ Abono: _____ Saldo: _____

Firma Cliente

MM

Vendedor

BARATODO

JESUS QUINTERO

NIT 80108978

Regimen simplificado

CRA 7a # 9-05 TOCANCIPA

REG SERIE#EX291098273049

Documento Equivalente

RF 2019-08-01 03:46 PM

0002 051612

BEBE \$21,000

BEBE \$12,000

2 No

TL \$33,000

CAJA \$34,000

CAMBIO \$1,000

POR HIGIENE Y SALUD

LA ROPA INTIMA NO TIENE

CAMBIO

GRACIAS POR SU COMPRA



REBAJA PLUS 2 ZIPAQUIRA

Factura de venta No. 2531 2463292
Fecha: 2019-08-05 11:14:00
Caja: 10 - FELICIANO ESCOBAR MARIA JOSE
Vend: 10352 - VERGARA RINCON LAURA
KATHERINE STEFANY

Codigo	Descripcion	Und.	Fracc.	Precio	Total
68059	CREMA LUBRIDERM REP INTENSIVA FCO X 200 ML	1		17000	17000*
	Descuento T. Mas 10%				-1700
120916	SIMILAC 1 PROSENSITIVE LATA X 400 GR	1		41400	41400

Item:2 Subtotal: \$ 56,700
 VALOR VENTA: \$ 56,700
 VALOR NETO A PAGAR => \$ 56,700

Formas De Pago	Valor	Vence
EFFECTIVO	57,000	20190805
Recibido: 57,000	Cambio: 300	

Descuentos Disp. T. 32
Mas:
Fecha Vencimiento 2020-03-06
T. Mas:

SU AHORRO FUE DE: \$ 1,700

IMPUESTOS

Factor: 19.00 Base: 12,857 Impto: 2,443
 Factor: 0.00 Base: 41,400 Impto: 0

IVA regimen comun somos grandes contribuyentes s/Resolucion 12635 del 14 Diciembre/18 Agente retenedor de IVA Prefijo 2531 desde 2440229 hasta 3500000 HABILITACION Resolucion 18762014426263 desde

JHAN BABY

***** PAÑALERA *****

FELIPE VALENCIA

NIT 1193096273-

REGIMEN SIMPLIFICADO

CRA 10 # 5-64 ZIPAQUIRA

REG SERIE#EX291098C86543

TICKET DE VENTA

REG 2019-08-05 11:19 AM

002567

CT 1

MALETAS \$60,000

1 No

TL \$60,000

CAJA \$60,000

GRACIAS POR SU COMPRA

FELIZ DIA

DROGUERIAS DROFARMA
Nit:900671206-3
CARRERA 10 N. 8A - 41
Telefono: 8512068

FACTURA DE VENTA No.: DR 138539

Fecha: 08/19/2019 Hora: 19:06
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 05 FABIO GONGORA

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
35650	ALPINA BA CO U		1	35,900
38425	IMPUESTO IN U		1	40

IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL
0.00	35,900	0	35,900
INCB	0	40	40
=====			
TOT.IMPT	35,900	40	35,940

TOTAL FACTURA: 35,940

ITEMS:	2 01 EFECTIVO	\$	40,000
	CAMBIO	\$	4,060

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18762008652461 DE 12/06/2018
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL DR 75000 AL DR 200000

SYSTEM INNOVATION POS SAS Nit:901226353-4
Tel:7435588-3135099238 Bogota-Colombia

COPIFULL S.A.S.
DROGUERIA COPIFULL N. 10
Nit:900671206-3
CRA 10 N. 5 - 70
telefono: 8523002

FACTURA DE VENTA No.: 10 117348

Fecha: 09/04/2019 Hora: 12:34
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 08 OLGA SEGURA

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
35650	ALPINA BA 00 U		1	35,900
20427	CREMA N 4 EX U		1	12,900
38425	IMPUESTO IN U		1	40

IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL
0.00	35,900	0	35,900
Excluido	12,900	0	12,900
INCB	0	40	40

TOT.IMPT	48,800	40	48,840

TOTAL FACTURA: 48,840

ITEMS:	3 01 EFECTIVO	\$	50,000
	CAMBIO	\$	1,160

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18762002960035 DE 20/04/2017
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL 10 1 AL 10 149999

TEL. 852 3002
CEL. 3162119461

SYSTEM INNOVATION POS SAS Nit:901226353-4
Tel:7435508-3135099238 Bogota-Colombia

CUENTA DE COBRO

REMISIÓN

PEDIDO

Nombre del cliente:

Duvan Fuentes

FECHA

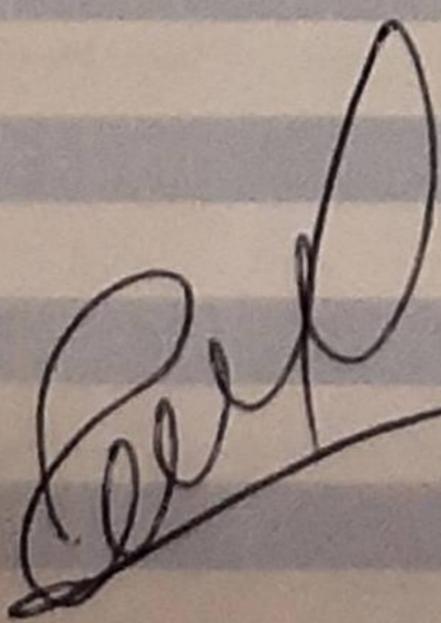
DIA	MES	AÑO
05	09	2019

Nit.

Dirección:

Teléfono:

Forma de pago:

CANT.	DESCRIPCION	VR.UNIT.	VR.TOTAL
	Recibi la suma de \$ 81.500 pesos por parte de Duvan por concepto del cuidado de M ^g Victoria.		81.500
			

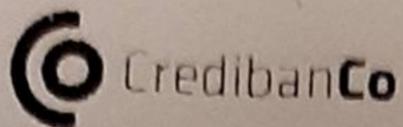
SON:

TOTAL \$

81.500

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

FIRMA Y SELLO DEL VENDEDOR



DROGUERIA COPIFULL 10

CRA 10 5 - 70
CU: 015583107
Fecha: 30/09/2019 17:38:07
AFVP06_C2P /GIGHAI==

*** COPIA CLIENTE***

TER: 000A336U AUT: 525467
VISA CR
**2230
RECIBO: 001568 TVR: 95058080008000
CUOTAS: 01 TSI: 98027800
RRN: 002089 AID: A0000000031010
Criptograma: 67751AAF43B1140C
COMPRA NETA : \$35.900

TOTAL (COP) : \$35.900

FUENTES SANTANA [...]

COPIFULL S.A.S.
DROGUERIA COPIFULL N. 10
Nit:900671206-3
CRA 10 N. 5 - 70
Telefono: 8523002

FACTURA DE VENTA No.: 10 121806

Fecha: 09/30/2019 Hora: 18:50
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 08 OLGA SEGURA

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
35650	ALPINA BA 00 U		1	35,900
IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL	
0.00	35,900	0	35,900	

TOTAL FACTURA: 35,900

ITEMS: 1 10 DEBITO CTA AH \$ 35,900
CAMBIO \$ 0

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18762002960035 DE 20/04/2017
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL 10 1 AL 10 149999

TEL. 852 3002
CEL. 3162119461

COPIFULL S.A.S.
DROGUERIA COPIFULL N. 10
Nit:900671206-3
CRA 10 N. 5 - 70
Telefono: 8523002

FACTURA DE VENTA No.: 10 122432
Fecha: 10/04/2019 Hora: 12:47
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 08 DLGA SEGURA

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
24128	CREMA N 4 EX U		1	22,900
56128	CHAMPU BA 19 U		1	12,200
28049	CREMA JJ 19 U		1	7,600
55368	TOA.HUM.P 19 U		1	9,300
39015	LABIAL WE 19 U		1	3,300
35650	ALPINA BA 00 U		1	35,900
40594	WINNY ET 19 U		1	24,500
15243	TALCO JJ 19 U		1	27,600

IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL
Excluido	22,900	0	22,900
19.00	71,008	13,492	84,500
0.00	35,900	0	35,900
=====			
TOT.IMPT	129,808	13,492	143,300

TOTAL FACTURA: 143,300

ITEMS: 8 01 EFECTIVO \$ 150,000
CAMBIO \$ 6,700

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18762002960035 DE 20/04/2017
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL 10 1 AL 10 149999

TEL. 852 3002
CEL. 3162119461

SYSTEM INNOVATION POS SRS Nit:961226353-4
Tel:7435588-3135099238 Bogota-Colombia

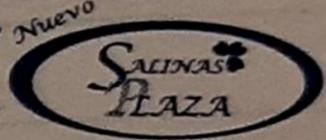


El Mundo D' los
KIDVIES
 CONJUNTOS CHAQUETAS
 PANTALONES CAMISETAS BUSOS
 PIJAMAS
 TALLAS DE LA 0 A LA 16

FACTURA DE VENTA

No. **0306**

Rosa Castillo Gil
 Régimen Simplificado Nit: 1015396650-2
 Código 5233 Fecha 2008/01/02



Carrera 8 No. 5-54 / 58 Centro Zipaquirá C/marca **Local E - 14**

FECHA: 17/DIC/2019

SEÑOR(ES): Duvan Andres Fuentes Sentera NIT. _____

DIRECCIÓN: Zipaquirá

TEL. 3224399476

CANT.	DETALLE	VR/ UNIT.	VALOR TOTAL
1	Vestido niña		68.000
1	Toreo hilo		30.000
1	medias		12.000
1	Zapatos marfil		20.000

SON:

SUB-TOTAL \$

NOTA: esta factura de venta es un titulo valor negociable de acuerdo al articulo 1231 del 16 de julio 2008. plazo causara el interés autorizado por ley. asimismo por medio de esta factura El comprador acepta y declara haber recibido la(s) mercancía(s)

TOTAL \$130000

FIRMA DEL CLIENTE

Rosa Castillo Gil

FIRMA DEL VENDEDOR

Verifique el buen estado físico de la mercancía al salir del almacén cesa nuestra responsabilidad NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DE DINERO!..

IMPRESO POR SPETORRES NIT: 35.463.307-1 CEL: 316226648

COPIFULL S.A.S.
DROGUERIA COPIFULL N. 10
Nit:900671206-3
CRA 10 N. 5 - 70
Telefono: 8523002

FACTURA DE VENTA No.: 10 135627

Fecha: 12/17/2019 Hora: 13:22
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 09 ENRIQUE MONTANO

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
31131	CHA.JJ GO	19 U	1	15,600
35650	ALPINA BA	00 U	1	35,900
17354	COLONIA A	19 U	1	8,900
15776	ESPASMO S	EX U	1	27,500
30858	CRONOFEN	EX U	1	8,900
38553	JABON DOV	19 U	1	3,100
24128	CREMA N 4	EX U	1	22,900
39169	PAN.HUM.P	19 U	1	7,100
35414	WINNY ETA	19 U	1	25,300
24521	CREMA JJ	19 U	1	10,200

IVA %	VR.BASE	VR IVA	TOTAL
9.00	58,992	11,208	70,200
0.00	35,900	0	35,900
xcluido	59,300	0	59,300

OT.IMPT 154,192 -11,208 165,400

TOTAL FACTURA: 165,400

TEMS: 10 01 EFECTIVO \$ 170,000
CAMBIO \$ 4,600

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18762002960035 DE 20/04/2017
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL 10 1 AL 10 149999

TEL. 852 3002
CEL. 3162119461

Joyas y Accesorios

Maria Maritza

Nit. 35.417.122-9

Fecha: Dic 21/19

Cliente Duvan Fuentes

Dirección: _____ Tel. _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	15pc Bases		18.000

TOTAL

Firma

Carrera 10 No. 5-75 Local 124 Zipaquirá

DROG LA PRINCIPAL N° 4 TOCANC
SUCURSAL 1

INVER PABON PALACIOS LTDA.

CR. 7 # 7-03(B.LA CASCADA

NIT 900106964-6

Régimen Responsable del Impuesto sobre las
Ventas

Tel 3134661961

FACTURA DE VENTA No.: CTO13458

Autorización numeración según resolución
No 18762012553195 del 2019 ene. 28 Rango C
TO 1 al CTO 100000

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
04/01/2020	14.28	0 ADMIN	09 ANGIE

GENTOOFTAL 0.3% GOT. 10ML ICOM

100025264 1 C \$ 11.000 *

SUERO GERCO RHIFISOL 12X14

100001858 1 U \$ 2.000 *

Sub Total \$ 13.000

Descuento \$ 0

Total Factura \$ 13.000

Valor Recibido \$ 13.000

Cambio \$ 0

Exento \$ 0

Excluido \$ 13.000

No Gravado \$ 0

Gravado \$ 0

Tipo de Pago efectivo: \$ 13.000

COPIFULL S.A.S.
DROGUERIA COPIFULL N. 10
Nit:900671206-3
CRA 10 N. 5 - 70
Telefono: 8523002

FACTURA DE VENTA No.: 10 139012

Fecha: 01/02/2020 Hora: 14:42
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 09 ENRIQUE MONTANO

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
58494	DERMODINA EX F		5	3,500
5 Fracciones x \$700.00				
15176	LINDAZOL 00 U		1	34,900
15776	ESPASMO S EX U		1	27,500
17354	COLONIA A 19 U		1	8,900
15237	TALCO JJ 19 U		1	10,800
24128	CREMA N 4 EX U		1	22,900
30858	CRONOFEN EX U		1	8,900
38615	3 JABONES 19 F		1	2,700
1 Fracciones x \$2,700.00				
24521	CREMA JJ 19 U		1	10,200
39865	TOA.PEQ.A 19 U		1	6,300
35660	ALPINA BA 00 U		1	18,900
35650	ALPINA BA 00 U		1	35,900
35414	WINNY ETA 19 U		1	25,300

IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL
Excluido	62,800	0	62,800
0.00	89,700	0	89,700
19.00	53,950	10,250	64,200
=====			
TOT.IMPT	206,450	10,250	216,700

TOTAL FACTURA: 216,700

ITEMS: 13 01 EFECTIVO \$ 220,000
CAMBIO \$ 3,300

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18762002960035 DE 20/04/2017
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL 10 1 AL 10 149999

TEL. 852 3002
CEL. 3162119461

COPIFULL S.A.S.
DROGUERIA COPIFULL N. 10
Nit:900671206-3
CRA 10 N. 5 - 70
Telefono: 8523002

FACTURA DE VENTA No.: 10 141578

Fecha: 01/16/2020 Hora: 16:17
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 09 ENRIQUE MONTANO

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
35666	ALPINA BA 00 U		1	36,900
16739	NENE DENT EX U		1	13,320
	Dscto % 10.00			-1,480

Subtotal	Descuento	Neto
51,700	1,480	50,220

IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL
0.00	36,900	0	36,900
Excluido	13,320	0	13,320
=====			
TOT.IMPT	50,220	0	50,220

TOTAL FACTURA: 50,220

ITEMS:	2 01 EFECTIVO	\$	50,220
	CAMBIO	\$	0

SU AHORRO FUE DE: \$1,480

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18763003300359 DE 13/01/2020
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL 10 150000 AL 10 300000

TEL. 852 3002
CEL. 3162119461

SYSTEM INNOVATION POS SAS Nit:901226353-4
Tel:7435588-3135099238 Bogota-Colombia

Documento Copia.

FACTURA DE CONTADO PLA - 1644342

FRUTOS DE LOS ANDES - FRUANDES

FRUA 80.431.343 -1 Fecha: 2020/01/16

CRA 7 No. 9-08

2

918575215 918575190

Regimen Común

VALOR TOTAL A PAGAR 13,651.00

Descripcion Cantidad Subtotal

FRESA JUMBO 0.52 4,576.00

GRANADILLA GRU 0.29 3,625.00

MANZANA ROYAL 4.00 5,400.00

BOLSA PLASTICA 1.00 50.00

PAGO : 14,000.00 EFECTIVO

349.00 CAMBIO

*** RESUMEN DE IVA ***

TARIFA	VR. BASE	VR. IVA
=00%	13,651.00	.00

TOTAL 13,651.00 .00

TOTAL ITEMS COMPRADOS 4.00

TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 5.81

GRACIAS POR SU COMPRA, FELIZ DIA

Caja : 01 Hora : 18/42/35

COPIFULL S.A.S.
DROGUERIA COPIFULL N. 10
Nit:900671206-3
CRA 10 N. 5 - 70
Telefono: 8523002

FACTURA DE VENTA No.: 10 144995

Fecha: 02/04/2020 Hora: 17:53
Cajero: PRIMERA CAJERA Caja: 01
Vendedores: 09 ENRIQUE MONTANO

Codigo	Articulo	Iv	Cant	Total
50028	PALETA AL 19 U		2	2,400
	2 Unidades x \$1,200.00			
58830	3 JABON J 19 F		1	2,600
	1 Fracciones x \$2,600.00			
35666	ALPINA BA 00 U		1	36,900
55366	TOA.HUM.P 19 U		1	10,300
55368	TOA.HUM.P 19 U		1	6,700
33196	CREMA JJ 19 U		1	18,900
15687	TALCO JJ 19 U		1	18,200
40399	DOLEX BEB 00 U		1	8,900
24128	CREMA N 4 EX U		1	23,900
16739	NENE DENT EX U		1	15,900
20429	CREMA N 4 EX U		1	5,300
25231	JERINGA 5 19 U		1	300
25037	RHIFISOL EX U		1	1,500
25845	GASA ALFA EX F		2	1,200
	2 Fracciones x \$600.00			

IVA %	VR.BASE	VR.IVA	TOTAL
19.00	49,916	9,484	59,400
0.00	45,800	0	45,800
Excluido	47,800	0	47,800
=====			
TOT.IMPT	143,516	9,484	153,000

TOTAL FACTURA: 153,000

ITEMS: 14 01 EFECTIVO \$ 170,000
CAMBIO \$ 17,000

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION
18763003300359 DE 13/01/2020
AUTORIZACION DE FACTURACION
DEL 10 150000 AL 10 300000

TEL. 852 3002
CEL. 3162119461

FACTURA DE CONTADO PLA - 1648231
FRUTOS DE LOS ANDES - FRUANDES
FRUA 80.431.343 -1 Fecha: 2020/01/22
CRA 7 No. 9-08

2
Regimen Com-n 918575215 918575190

VALOR TOTAL A PAGAR 11,513.00
Descripción Cantidad Subtotal

PAQ CIRUELA NA	1.00	2,000.00
PERA CHILENA U	3.00	4,950.00
GRANADILLA GRU	0.36	4,563.00
PAGO :	20,000.00	EFFECTIVO
	8,487.00	CAMBIO

TOTAL ITEMS COMPRADOS 3.00

TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 4.36

GRACIAS POR SU COMPRA, FELIZ DIA
Caja : 01 Hora : 06/00/04

Número Resolución : 320001371616
Aprobado en : 2016/03/02
: PLA de 76000 al 1000000

COLSUBSIDIO
TOCANCIPA

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
5408	COLADA MAIZENA 280	7.150
	TOTAL --> \$	7.150
	EFFECTIVO	50.000
	CAMBIO	42.850

NUMERO DE BOLSAS 0

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
13%	7.150	6.008	1.142

TOTAL IMPUESTOS

COMPRA	BASE/IMP.	IMP
TOTAL = 7.150	6.008	1.142

FACTURA DE VENTA: G702 0000422090

RANGO: 413300-1000000

Resol. 18762015248144 de Jun 20/2019

Somos Autorretenedores

Resolucion 00220 19 enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS

RECIBO POR DANITZA IBELIZ PAOLA
09/06/2020 18 16 1262 02 0172 2071615

ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

COLSUBSIDIO
GRACIAS POR TODO LO QUE TE MERECES

COORSERPARK S.A.S.
Cra. 11 No. 69 - 37
PBX: 317 5670 • 345 0188 Bogotá
Línea Nacional Gratuita desde teléfono fijo
01 8000 115233
Desde su celular # 523

Cundiboyacense

FORMAS DE PAGO

- INDIVIDUAL
 FACTURA

CONTRATO No.
GC 121573

CODIGO DE CUENTA

60019327

FECHA

18 / 12 / 2020

A PARTIR DEL

27 / 12 / 2020

AFILIADO PRINCIPAL

NOMBRE	Duvan Andrey Fuentes Santana				C.C.	1051590291
DIRECCIÓN	Vv. 30 No. 11 - 62 Samaria				TELÉFONO	3224394976
TIPO VIVIENDA	Familiar		CIUDAD	2 primaria	TELÉFONO	3102872171
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	ESTADO CIVIL	E-MAIL	
	27	Julio	1996	Unión Libre		
REFERENCIA 1	duvanfuentes17@gmail.com				TELÉFONO	
REFERENCIA 2					TELÉFONO	

FAMILIARES

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD
Conyuge	Sandy Tatiana Velásquez Pérez	27
Hija	Maria Victoria Fuentes Velásquez	1
Madre	Julia Nelcy Santana Cárdenas	46
Padre	Luis Alirio Fuentes Celis	52
Hermana	Nelisy Jucany Fuentes Santana	26
Abuela	Rosalba Jely	81
//	//	//

CAMPO OBLIGATORIO

PLAN AFILIADO	Platino	30.500
ADICIONALES	RECUERDE QUE SUS HIJOS CASADOS O CON HIJOS DEBEN SER INCLUIDOS COMO ADICIONALES EN ESTE CONTRATO.	" "
TOTAL CUOTA MENSUAL \$	Veintañil quinientos	30.500

SEÑOR AFILIADO, POR CAMBIO DEL LUGAR DE RESIDENCIA, FAVOR NOTIFICARLO A NUESTRA LINEA NACIONAL SERVICIO AL CLIENTE No. 018000 116667

CONOZCO QUE PARTIR DEL TERCER DÍA CALENDARIO DE LA FIRMA DE ESTE CONTRATO, TENGO DERECHO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ÚNICAMENTE POR MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA, QUE NO ESTE RELACIONADA CON NINGUNA ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE, DESPUÉS DE 90 DÍAS SE PRESTARÁ EL SERVICIO POR CUALQUIER CAUSA.

DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO EL CLAUSULADO Y LAS CONDICIONES DEL PLAN MASCOTAS QUE COORSERPARK SAS OFRECE MEDIANTE LA PRESENTE AFILIACIÓN.

DECLARO QUE LO CONSIGNADO EN ESTE CONTRATO ES VERDÍCO, QUE MI ESTADO DE SALUD Y EL DE LOS BENEFICIARIOS A LA FECHA ES NORMAL Y, ACEPTO LA NO RECLAMACIÓN DE NINGÚN SERVICIO SI MI CUENTA SE ENCUENTRA EN MORA.

AUTORIZO EXPRESAMENTE A VANTI - CUNDIBOYACENSE S.A. ESP A CARGAR MENSUALMENTE EL VALOR DEL PLAN EXEQUIAL ELEGIDO EN LA FACTURA DE VENTA DEL SERVICIO CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA EN LA CUENTA.

EL CLIENTE

OBSERVACIONES

Entrevista de prestaciones administrativas a los 90 días luego retirado de manifiesto en el 2019 con cargo de la familia

Supervisor:

Carolina Augusto Pérez

Asesor:

Señor

JUEZ PROMISCOU MUNICIPAL TOCANCIPA (CUNDINAMARCA)

E.

S.

D.

EF: Proceso Verbal sumario fijación de cuota alimentaria y régimen de visitas de

DEMANDANTE: SANDY TATIANA VELÁSQUEZ PÉREZ en calidad de representante de MARIA VICTORIA FUENTES

DEMANDADO: DUVAN ANDREY FUENTES SANTANA

RAD No. 2019-757

ASUNTO: CONTESTACION DEMANDA y EXCEPCIONES DE FONDO

MARTHA LUCIA LOPEZ RODRIGUEZ, abogada en ejercicio, en mi condición de apoderada del Señor **DUVAN ANDREY FUENTES**, por medio del presente escrito y estando dentro del término legal para ello, me permito **CONTESTAR LA DEMANDA y FORMULAR EXCEPCIONES DE MERITO**; en los siguientes términos:

EN CUANTO A LOS HECHOS

Respecto del Numeral 1.- Es cierto, se mantuvo una relación sentimental con la demandada y que para la fecha de la presentación de la demanda su hija contaba con 3 meses de edad, pero para la actualidad cuenta con 1 año y medio.

Respecto del Numeral 2, 3 y 9.- Me opongo a los hechos narrados que atiende la parte activa en el proceso teniendo en cuenta que no se llegó acuerdo de Conciliación por que la parte actora no estuvo de acuerdo con una suma inferior a los QUINIENTOS MIL PESOS (\$500.000, oo) Mcte, sin tener en cuenta que la obligación de alimentos es de ambas partes.

Me permito aclarar que mi apoderado realizó aportes alimentarios en especie (artículos de aseo, ropa y alimentación), es preciso anotar que los tarros de leche de los que hace mención la demandante cuya fecha se encontraban vencidos aclaro al despacho que estos no estaban incluidos dentro de la mesada de esa ocasión sino que mi poderdante lo agrego adicional y que eran provenientes del trabajo del padre de mi representado, abuelo de la menor que faltó al deber objetivo del cuidado al no validar las fechas, más es necesario reiterar que dicha conducta no fue con dolo o la intención positiva de hacerle daño a la menor.

La Parte actora impidió las visitas a mi representado entre agosto a noviembre y le permitió ver a su hija hasta el mes de diciembre de 2019 para fechas decembrinas especiales, mi cliente se reunió en el mes de enero de 2020 con la parte actora y ofreció una cuota de QUINIENTO MIL PESOS (\$500.000,oo) Mcte, la cual a la fecha no a incumplido ni aún en estando sin empleo, dicha suma las ha depositado a la madre de la menor y en otras ocasiones a su abuela materna sin guardar evidencia, pues presumió su buena fe sin embargo mi apoderado conserva algunos recibos de artículos para su hija.

Mi cliente en su equipo celular cuenta con conversaciones de la App WhatsApp donde se deslumbra los pagos que realizó a la parte actora.

Si bien es cierto que mi cliente es soltero y vive en la casa de sus padres es responsable de sus deberes como hijo recibe mensualmente una contribución a la manutención de sus padres ayudando en el pago de servicios públicos y alimentación, también cuenta con varias obligaciones adquiridas, y además de ello tiene una moto de su propiedad que guarda en un parqueadero cercano a su casa, mi prohijado no ha podido estudiar en una universidad ni iniciar un proyecto de vida realización profesional.

Respecto del Numeral 4.- No es cierto en la actualidad mi poderdante no tiene afiliada a su hija a caja de compensación familiar pero anexa el valor a la cuota anteriormente mencionada, aunque si es cierto que mi poderdante quiso abrir la cuenta a favor de su hija menor de edad, pero ante la negativa no lo ejecuto así.

Respecto del Numeral 5.- No es cierto que mi cliente trabaje con la empresa Salvaguardar Ltda., mi cliente trabaja actualmente en la empresa **SEGURIDAD FENIX DE COLOMBIA** Vinculado a través de contrato Por **Obra o Labor con un salario mensual de 908.526 y subsidio de transporte de 102.854 como consta en su certificado laboral.**

Respecto del Numeral 8. No me consta deberá ser probado a través de la prueba documental pertinente.

Respecto del Numeral 10 y 11. No es cierto, porque mi apoderado no se está desentendiendo sobre la obligación alimentaria con la menor, pues ha portado pagos por conceptos de alimentación a la madre.

Respecto del Numeral 12. La menor se encuentra afiliada a compensar EPS, ya que esta como beneficiaria por parte de mi apoderado, pero dejo constancia que la madre no ha dejado ver a la niña al padre

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

En cuanto a la contenidas en los numerales 1.- Me opongo, En el entendido a que fije una cuota alimentaria equivalente a la tercera parte de mi salario mínimo, pues devengo el Salario Mínimo legal vigente, con lo cual tengo que cubrir mi sustento, el de mi padres, además del sustento de gasto para poder mantener el trabajo pues me desplazo en moto, es por esto señor Juez que NO podría cumplir con lo pretendido por la actora en el caso de estudio y que por parte de la madre se aporte otra cuenta de ahorros para la menor, esto con el fin de poder administra los gasto la propia madre de la menor.

En cuanto a la contenida en el numeral 2.- Es una consecuencia en caso de despacharse favorablemente la primera me permito suministrar por concepto de vestuario Noventa y cinco mil peros (**\$95.000, oo**) a favor de la menor **MARIA VICTORIA FUENTES VELASQUEZ** dos veces al año.

En cuanto a la contenida en el numeral 3.- Es una declaración de derecho a consecuencia de las decisiones que se impartan y no propiamente una pretensión, pues obligación de los padres (madre y padre) mantener el bienestar y cuidado personal de la menor de edad.

En cuanto a la contenida en el numeral 4.- manifiesto al despacho, que mi apoderado cumplirá su obligación, pero como se indicara en la SOLICITUD ESPECIAL ser flexible en cuanto al régimen de visitas, ya que es guarda de seguridad y los horarios no son flexibles, sus tiempos de descansó no están previamente determinados.

En cuanto a la contenida en el numeral 5.- Manifiesto al juzgado que se abrirá cuenta bancaria para depositar el dinero o en su efecto que la madre de la menor habilite cuenta de ahorros para depositar el subsidio familiar monetario deposita el SUBSIDIO FAMILIAR MONETARIO a favor de la menor.

EXCEPCIONES

Excepción de Abuso del Derecho.

Causa confusión y temor, la habilidad con que la parte activa pretende solicitar cuota alimentaria para la menor de edad, pues presume que la aquí demandante quiere obtener un provecho para sí, pues **NO** trabaja y que depende única y exclusivamente de su madre estando en la condición, capacidad y obligación de ello, **para con ella** y para con su hija, pero pretende vivir a expensas de los alimentos debidos de la menor creando incertidumbre en la manera de administrar los mismos. pues como lo relata el único sustento en donde habita es el trabajo de su madre.

Excepción de Mala Fe

La parte actora se a empeñado en negar y desacreditar la responsabilidad de mi cliente.

Excepción de cumplimiento de la obligación.

Manifiesto al despacho mi apoderado ha venido cumpliendo con la obligación que como padre le impone la constitución y la Ley, en razón a que ha aportado QUINIENTOS MIL PESOS MENSUALES (\$.500.000) M/CTE, mas el valor por concepto de subsidio.

SOLICITUD ESPECIAL

Solicito a su despacho se disponga a ordenar a la parte actora permitirle conocer el estado de su hija, ya que cuando mi apoderado se comunica a saber del bienestar de su hija le pasan al teléfono a la niña quien aun no habla fluidamente y no puede manifestar su estado en primera medida solicito se le brinde la información y en segunda medida se le permita realizar visitas en horarios flexibles que le permita también cumplir con su trabajo y a su vez pueda tener el derecho que le asiste como padre de ver su hija y compartir con ella.

PRUEBAS

Sírvase señor Juez tener como pruebas las siguientes.

Las aportadas al proceso y las que Usted, considere de oficio, para el esclarecimiento de la brevedad y de los hechos materia de este.

Documentales

1. Certificado laboral de fecha 29 de enero de 2021 expedido por la empresa de seguridad Fénix de Colombia.
2. Recibos de pago del canon de arrendamiento mensualmente por la moto de placas SGO85E
3. Declaración juramenta de Luis Alirio Fuentes Cely con cedula de ciudadanía 4.104.365 expedida en Chita Boyacá.
4. Contrato de Afiliación Exequial de la empresa Vanti donde costa afiliación de la parte actora.
5. Extractos de cuenta de Av Villas Obligación tarjeta de mi poderdante.

6. Formato de afiliación de María Victoria Fuentes Velásquez a Seguridad Social en Salud EPS Compensar.
7. Recibos de compra de artículos para la menor María Victoria Fuentes Velásquez

Testimoniales:

Sírvase señor Juez llamar en testimonio a los señores Jaime Andres Acevedo mayores de edad, domiciliados en esta ciudad con domicilio en el Conjunto mirador del campo torre 1 apto 104 tocancipá Cundinamarca, a quienes se podrá citar por intermedio de mi apoderado; a quienes se les deberá exhortar a cerca de mi apoderado, y del cumplimiento de las obligaciones como padre para con la menor **MARIA VICTORIA FUENTES VELASQUEZ** lo demás que de oficio considere su Señoría.

ANEXOS

- Poder para actuar
- Certificado de acreditación de abogado expedido por el consejo superior de la Judicatura.

DERECHO

Invoco para su aplicación lo preceptuado en el artículo 96 del C. G. del P., así como lo que resulta favorable para la parte demandada en los términos del Art. 282 del C. G. del P.

NOTIFICACIONES: Para efectos de las notificaciones se harán en las siguientes direcciones:

La demandante las recibirá en la dirección señalada en el escrito contentivo de la demanda.

La suscrita en la secretaría del Juzgado o en la Cra96F#23^a-60 Torre 7 Apto 502 en Bogotá D.C. Tel 3125470126-311253238- Correo electrónico: abgmarthalopez@gmail.com

Del Señor Juez,



MARTHA LUCIA LOPEZ RODRIGUEZ
C.C. No. 1.015.462.786 de Bogotá
T.P.349.076 C.S.J.