

↩ Responder

✖

Eliminar

No deseado

Bloquear

⋮

Contestación demanda y Excepción Previa Exp. 2021-00672

FS

FELIPE RINCON SALGADO <feliperin@gmail.com>
Mar 23/11/2021 8:07
Para: Juzgado 22 Familia - Bogotá - Bogotá D.C.; heramo2010@gmail.com

MARIA ELENA DUFFO C...
11 MB

CONTESTACION DEMAN...
8 MB

2 archivos adjuntos (18 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

👍 ↶ ↷ ➡ ...

Respetuoso saludo. En mi condición de Apoderado de la demandada María Elena Duffó Castillo, anexo contestación a la demanda y excepción previa, para el siguiente proceso:

Divorcio Contencioso 2021-00672
Demandante: Jorge Orlando Mogollón Rodríguez
Demandada: María Elena Duffó Castillo.

Se anexan a la presente comunicación 52 folios en PDF y para dar cumplimiento al artículo 79 del C.G.P. se remite la misma al Abogado de la parte Actora, dr. Hernán Ramírez Moreno.

Felipe Rincón Salgado
C.C. 80.410.388
T.P. 71.687
E-mail : feliperin@gmail.com
Celular: 313 430 74 18

Responder Responder a todos Reenviar

26

FELIPE RINCON SALGADO
Abogado
feliperin@gmail.com
3134307418

Señor:
Juez 22 de Familia de Bogotá D.C.
E.S.D.

Ref: Divorcio contencioso
Demandante: Jorge Orlando Mogollón Rodríguez
Demandada: María Elena Duffo Castillo
Expediente: 2021-00672

María Elena Duffo Castillo, mayor de edad, de nacionalidad Norte Americana, domiciliada en la ciudad de Orlando, Florida, Estados Unidos Norteamérica, identificada con el pasaporte 668380506, actualmente de paso por Colombia, le manifiesto al señor Juez que confiero poder especial al Abogado Felipe Rincón Salgado, C.C. 80.410.388 y T.P. 71.687, para que me represente en el trámite de la referencia, asumiendo mi defensa.

Mi Apoderado queda ampliamente facultado de conformidad con el artículo 77 del C.G.P. y en especial para conciliar, transigir, desistir, tachar documentos por falsedad, recibir y cobrar títulos de depósito judicial.

La Poderdante,

M. Elena Duffo
María Elena Duffo Castillo
Pasaporte No. 668380506
Estados Unidos de Norteamérica.

Acepto:
F. Rincón Salgado
Felipe Rincón Salgado
C.C. 80.410.388
T.PP. 71.687

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO CONTENIDO Y FIRMA Y/O PRESENTACION PERSONAL
NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE BOGOTA

Ante ELSA VILLALOBOS SARMIENTO
NOTARIO 9 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

COMPARECIO
DUFFO CASTILLO MARIA ELENA quien se identificó con Pasaporte No. 668380506 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y que el contenido del mismo es cierto.

En constancia firma nuevamente.
Bogotá D.C. 2021-11-18 10:44:51

M. Elena Duffo
FIRMA

Cod. e2dei
www.notariaenlinea.com

NOTARIA
9
DEL CIRCULO DE BOGOTA

1709-4f5ada34

Elsa Villalobos Sarmiento
NOTARIO 9 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.



Department of the Treasury
Internal Revenue Service
Ogden, UT 84404-5402

Fecha:
septiembre 23, 2021
Página web:
[IRS.gov/es/eip](https://www.irs.gov/es/eip)
Para obtener ayuda llame al:
800-919-9835

JORGE MOGOLLON
11526 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO, FL 32821-7402

USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA UN TERCER PAGO DE ALIVIO POR EL IMPACTO ECONÓMICO

La ley del plan de rescate económico autorizó al Servicio de Impuestos Internos (*IRS*, por sus siglas en inglés) a emitir una tercera ronda de Pagos de impacto económico (*EIP*, por sus siglas en inglés) (también conocidos como pagos de estímulo) y emitir pagos mensuales por adelantado del Crédito tributario por hijos ampliado.

- La mayoría de las personas, incluidas aquellas con poco o ningún ingreso, pueden recibir la cantidad total de estos pagos.
- Los pagos son créditos tributarios y no afectan la elegibilidad para los beneficios federales como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (*SNAP*, por sus siglas en inglés).

Es posible que usted tenga que actuar para reclamar sus pagos.

¿Soy elegible para los *EIP*?

Nuestros registros muestran que usted puede ser elegible para un *EIP*. Es probable que sea elegible si:

1. es un ciudadano estadounidense o extranjero residente,
2. tiene un número de Seguro Social elegible para trabajar y
3. no puede ser reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

¿Qué tan grande es la cantidad de los *EIP*?

- El **tercer *EIP*** es de hasta **\$1,400 por adulto elegible** (hasta **\$2,800 para una pareja casada** que presenta una declaración de impuestos conjunta) más hasta **\$1,400 por dependiente calificado** (incluidos los hijos y los dependientes adultos).
- El **primer y segundo *EIP*** totalizaron hasta **\$1,800 por adulto elegible** (hasta **\$3,600 para una pareja casada** que presenta una declaración de impuestos conjunta) más hasta **\$1,100 por hijo calificado**.

¿Qué debo hacer para reclamar mis *EIP*?

Visite [IRS.gov/es/eip](https://www.irs.gov/es/eip) para inscribirse para los *EIP* si ganó menos de \$12,400 en 2020, o menos de \$24,800 si está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta. (Usted tiene que presentar una declaración de impuestos sobre los ingresos de 2020 si ganó más de esta cantidad).

- Si fue elegible para el primer o segundo *EIP* y no recibió la cantidad total, entonces usted puede reclamar la cantidad restante como un **Crédito de recuperación de reembolso** al inscribirse. Para obtener más información, visite [IRS.gov/es/eip](https://www.irs.gov/es/eip) y pulse en **"Reclame el Crédito de recuperación de reembolso de 2020"**.
- Puede verificar el estado de su tercer *EIP* en [IRS.gov/es/eip](https://www.irs.gov/es/eip). Pulse en **"Obtener mi pago"**.

Tenga estos documentos con usted cuando comience el proceso de inscripción:

- Su nombre, dirección postal y número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente (*TIN*, por sus siglas en inglés);
- Nombre(s) y número(s) de Seguro Social o *TIN*(s) de su hijo y adultos dependientes y
- La información de su cuenta bancaria.
 - Para recibir sus pagos mensuales más rápido, ingrese esto en el sitio. De lo contrario, le enviaremos por correo un cheque.

Al inscribirse para los *EIP* nos permite **pagarle automáticamente parte de su Crédito tributario por hijos de 2021**, si usted es elegible. El Crédito tributario por hijos es de hasta **\$3,000 por hijo** de entre 6 y 17 años de edad y es de hasta **\$3,600 por hijo** menor de 6 años. Hasta la mitad de esta cantidad por hijo se enviará como pagos mensuales en la segunda mitad de 2021. Para reclamar el resto del crédito, usted tiene que presentar una declaración de impuestos sobre los ingresos el próximo año. Para obtener más información, visite www.irs.gov/creditorhijos2021.

Letter 6473 (en-sp) (8-2021)
Catalog Number 55801X

12a	Tax (see inst.) Check if any from Form(s): 1 <input type="checkbox"/> 8814 2 <input type="checkbox"/> 4972 3 <input type="checkbox"/>	12a		
b	Add Schedule 2, line 3, and line 12a and enter the total	12b		
13a	Child tax credit or credit for other dependents	13a		
b	Add Schedule 3, line 7, and line 13a and enter the total	13b		
14	Subtract line 13b from line 12b. If zero or less, enter -0-	14		0
15	Other taxes, including self-employment tax, from Schedule 2, line 10	15		
16	Add lines 14 and 15. This is your total tax	16		0
17	Federal income tax withheld from Forms W-2 and 1099	17		
18	Other payments and refundable credits:			
a	Earned income credit (EIC)	18a		
b	Additional child tax credit. Attach Schedule 8812	18b		
c	American opportunity credit from Form 8863, line 8	18c		
d	Schedule 3, line 14	18d		
e	Add lines 18a through 18d. These are your total other payments and refundable credits	18e		0
19	Add lines 17 and 18e. These are your total payments	19		0
20	If line 19 is more than line 16, subtract line 16 from line 19. This is the amount you overpaid	20		
21a	Amount of line 20 you want refunded to you . If Form 8888 is attached, check here	21a		
b	Routing number			
c	Type of account: <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings			
d	Account number			
22	Amount of line 20 you want applied to your 2020 estimated tax			
23	Amount you owe. Subtract line 19 from line 16. For details on how to pay, see instructions	23		0
24	Estimated tax penalty (see instructions)	24		

• If you have a qualifying child, attach Sch. EIC.
• If you have nontaxable combat pay, see instructions.

Refund

Direct deposit?
See instructions.

Amount You Owe

Third Party Designee

(Other than paid preparer)

Designee's name ▶

Phone no. ▶

Personal identification number (PIN) ▶

Sign Here

Joint return?
See instructions.
Keep a copy for your records.

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return and accompanying schedules and statements, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete. Declaration of preparer (other than taxpayer) is based on all information of which preparer has any knowledge.

Your signature

Your occupation

If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.)

Spouse's signature. If a joint return, **both** must sign.

Date

Spouse's occupation

If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.)

Phone no. (407) 219-1212

Address

Paid Preparer Use Only

Preparer's name

Preparer's signature

Date

PTIN

Check if:

Firm's name ▶

Phone no.

☐ 3rd Party Designee
☐ Self-employed

Firm's address ▶

Firm's EIN ▶

SCHEDULE 1
(Form 1040 or 1040-SR)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Name(s) shown on Form 1040 or 1040-SR

JORGE O MOGOLLON

At any time during 2019, did you receive, sell, send, exchange, or otherwise acquire any financial interest in any virtual currency?

OMB No. 1545-0074

2019

Attachment
Sequence No. 01

Your social security number
136-11-2145

Additional Income and Adjustments to Income

Attach to Form 1040 or 1040-SR.

Go to www.irs.gov/Form1040 for instructions and the latest information.

Part I Additional Income

Form section for Part I: Additional Income. Includes lines 1 through 9 with descriptions like 'Taxable refunds, credits, or offsets of state and local income taxes' and 'Combine lines 1 through 8. Enter here and on Form 1040 or 1040-SR, line 7a'.

Part II Adjustments to Income

Form section for Part II: Adjustments to Income. Includes lines 10 through 22 with descriptions like 'Educator expenses', 'Health savings account deduction', and 'Add lines 10 through 21. These are your adjustments to income'.

28

Filing Status ☒ Single ☐ Married filing jointly ☐ Married filing separately (MFS) ☐ Head of household (HOH) ☐ Qualifying widow(er) (QW)

Check only one box. If you checked the MFS box, enter the name of your spouse. If you checked the HOH or QW box, enter the child's name if the qualifying person is a child but not your dependent ▶

Your first name and middle initial JORGE O	Last name MOGOLLON	Your social security number 136-11-2145
If joint return, spouse's first name and middle initial	Last name	Spouse's social security number

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions.
11500 WESTWOOD BLVD

City, town, or post office. If you have a foreign address, also complete spaces below.
ORLANDO

State
FL

ZIP code
32821

Apt. no.
736

Foreign country name Foreign province/state/county Foreign postal code

Presidential Election Campaign Check here if you, or your spouse if filing jointly, want \$3 to go to this fund. Checking a box below will not change your refund.
☐ You ☐ Spouse

At any time during 2020, did you receive, sell, send, exchange, or otherwise acquire any financial interest in any virtual currency? ☒ Yes ☐ No

Standard Deduction Someone can claim: ☐ You as a dependent ☐ Your spouse as a dependent ☐ Spouse itemizes on a separate return or you were a dual-status alien

Age/Blindness You: ☐ Were born before January 2, 1956 ☐ Are blind Spouse: ☐ Was born before January 2, 1956 ☐ Is blind

(1) First name Last name		(2) Social security number	(4) <input checked="" type="checkbox"/> if qualifies for (see instructions):	
			Child tax credit	Credit for other dependents
If more than four dependents, see instructions and check here ▶ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Wages, salaries, tips, etc. Attach Form(s) W-2.		1	
2a Tax-exempt interest.		2a	
3a Qualified dividends.		3a	
4a IRA distributions.		4a	
5a Pensions and annuities.		5a	
6a Social security benefits.		6a	
7 Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here ▶ <input type="checkbox"/>		7	
8 Other income from Schedule 1, line 8.		8	-497
9 Add lines 1, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7, and 8. This is your total income .		9	-497
10 Adjustments to income:			
a From Schedule 1, line 22.		10a	
b Charitable contributions if you elect the standard deduction. See instructions.		10b	
c Add lines 10a and 10b. These are your total adjustments to income .		10c	0
11 Subtract line 10c from line 9. This is your adjusted gross income .		11	-497
12 Standard deduction or itemized deductions (from Schedule A).		12	12,400
13 Qualified business income deduction. Attach Form 8995 or Form 8995-A.		13	
14 Add line 13 to line 12.		14	12,400
15 Taxable income. Subtract line 14 from line 11. If zero or less, enter -0-		15	0

16	Tax (see instructions). Check if any from Form(s): 1 <input type="checkbox"/> 8814 2 <input type="checkbox"/> 4972 3 <input type="checkbox"/>	16	
17	Amount from Schedule 2, line 3	17	
18	Add lines 16 and 17	18	0
19	Child tax credit or credit for other dependents	19	
20	Amount from Schedule 3, line 7	20	
21	Add lines 19 and 20	21	0
22	Subtract line 21 from line 18. If zero or less, enter -0-	22	0
23	Other taxes, including self-employment tax, from Schedule 2, line 10	23	
24	Add lines 22 and 23. This is your total tax	24	0
25	Federal income tax withheld from:		
a	Form(s) W-2	25a	
b	Form(s) 1099	25b	
c	Other forms (see instructions)	25c	
d	Add lines 25a through 25c	25d	0
26	2020 estimated tax payments and amount applied from 2019 return	26	
27	Earned income credit (EIC)		
28	Additional child tax credit. Attach Schedule 8812		
29	American opportunity credit from Form 8863, line 8		
30	Recovery rebate credit. See instructions		
31	Amount from Schedule 3, line 13		
32	Add lines 27 through 31. These are your total other payments and refundable credits	32	0
33	Add lines 25d, 26, and 32. These are your total payments	33	0
34	If line 33 is more than line 24, subtract line 24 from line 33. This is the amount you overpaid	34	
35a	Amount of line 34 you want refunded to you . If Form 8888 is attached, check here <input type="checkbox"/>	35a	
b	Routing number		
c	Type <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings		
d	Account number		
36	Amount of line 34 you want applied to your 2021 estimated tax	36	
37	Subtract line 33 from line 24. This is the amount you owe Note: Schedule H and Schedule SE filers, line 37 may represent all of the taxes you owe for 2020. See Schedule 3, line 12e, and its instructions for details.	37	0
38	Estimated tax penalty (see instructions)	38	

Refund

Direct deposit?
See instructions.

Amount You Owe

For details on
how to pay, see
instructions.

Third Party Designee

Do you want to allow another person to discuss this return with the IRS?
See instructions ☐ Yes. Complete below. ☐ No

Designee's name	Phone no.	Personal identification number (PIN)

Sign Here

Joint return?
See instructions.
Keep a copy for
your records.

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return and accompanying schedules and statements, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete. Declaration of preparer (other than taxpayer) is based on all information of which preparer has any knowledge.

Your signature	Date	Your occupation DRIVER	If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.)
Spouse's signature. If a joint return, both must sign.	Date	Spouse's occupation	If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.)

Phone no. (407) 888-1212 Email address

Paid Preparer Use Only

Preparer's name	Preparer's signature	Date	PTIN	Check if: <input type="checkbox"/> Self-employed
Firm's name	Firm's address			Phone no.
Firm's EIN				

SCHEDULE 1
(Form 1040)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Additional Income and Adjustments to Income

▶ Attach to Form 1040, 1040-SR, or 1040-NR.

▶ Go to www.irs.gov/Form1040 for instructions and the latest information.

OMB No. 1545-0074

2020

Attachment
Sequence No. 01

Name(s) shown on Form 1040, 1040-SR, or 1040-NR

JORGE O MOGOLLON

Your social security number

136-11-2145

Part I Additional Income

1	Taxable refunds, credits, or offsets of state and local income taxes	1	
2a	Alimony received	2a	
b	Date of original divorce or separation agreement (see instructions) ▶		
3	Business income or (loss). Attach Schedule C	3	
4	Other gains or (losses). Attach Form 4797	4	
5	Rental real estate, royalties, partnerships, S corporations, trusts, etc. Attach Schedule E	5	
6	Farm income or (loss). Attach Schedule F	6	
7	Unemployment compensation	7	
8	Other income. List type and amount ▶ NOL	8	-497
9	Combine lines 1 through 8. Enter here and on Form 1040, 1040-SR, or 1040-NR, line 8	9	-497

Part II Adjustments to Income

10	Educator expenses	10	
11	Certain business expenses of reservists, performing artists, and fee-basis government officials. Attach Form 2106	11	
12	Health savings account deduction. Attach Form 8889	12	
13	Moving expenses for members of the Armed Forces. Attach Form 39	13	
14	Deductible part of self-employment tax. Attach Schedule SE	14	
15	Self-employed SEP, SIMPLE, and qualified plans	15	
16	Self-employed health insurance deduction	16	
17	Penalty on early withdrawal of savings	17	
18a	Alimony paid	18a	
b	Recipient's SSN ▶		
c	Date of original divorce or separation agreement (see instructions) ▶		
19	IRA deduction	19	
20	Student loan interest deduction	20	
21	Tuition and fees deduction. Attach Form 8917	21	
22	Add lines 10 through 21. These are your adjustments to income. Enter here and on Form 1040, 1040-SR, or 1040-NR, line 10a	22	

For Paperwork Reduction Act Notice, see your tax return instructions.

HTA

Schedule 1 (Form 1040) 2020

Form **8962**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Premium Tax Credit (PTC)

▶ Attach to Form 1040, 1040-SR, or 1040-NR.

▶ Go to www.irs.gov/Form8962 for instructions and the latest information.

OMB No. 1545-0074

2020

Attachment
Sequence No. **73**

Name shown on your return

JORGE O MOGOLLON

Your social security number

136-11-2145

You cannot take the PTC if your filing status is married filing separately unless you qualify for an exception. See instructions. If you qualify, check the box ☐

Part I Annual and Monthly Contribution Amount

1	Tax family size. Enter your tax family size. See instructions	1	1
2a	Modified AGI. Enter your modified AGI. See instructions	2a	497
b	Enter the total of your dependents' modified AGI. See instructions	2b	
3	Household income. Add the amounts on lines 2a and 2b. See instructions	3	0
4	Federal poverty line. Enter the federal poverty line amount from Table 1-1, 1-2, or 1-3. See instructions. Check the appropriate box for the federal poverty table used. a <input type="checkbox"/> Alaska b <input type="checkbox"/> Hawaii c <input checked="" type="checkbox"/> Other 48 states and DC	4	12,490
5	Household income as a percentage of federal poverty line (see instructions)	5	%
6	Did you enter 401% on line 5? (See instructions if you entered less than 100%.) <input type="checkbox"/> No. Continue to line 7. <input checked="" type="checkbox"/> Yes. You are not eligible to take the PTC. If advance payment of the PTC was made, see instructions for how to report your excess advance PTC repayment amount.		
7	Applicable figure. Using your line 5 percentage, locate your "applicable figure" on the table in the instructions	7	0.0206
8a	Annual contribution amount. Multiply line 3 by line 7. Round to nearest whole dollar amount	8a	0
b	Monthly contribution amount. Divide line 8a by 12. Round to nearest whole dollar amount	8b	0

Part II Premium Tax Credit Claim and Reconciliation of Advance Payment of Premium Tax Credit

9 Are you allocating policy amounts with another taxpayer or do you want to use an alternative calculation for year of marriage? See instructions.
☐ Yes. Skip to Part IV, Allocation of Policy Amounts, or Part V, Alternative Calculation for Year of Marriage. ☒ No. Continue to line 10.

10 See the instructions to determine if you can use line 11 or must complete lines 12 through 23.
☐ Yes. Continue to line 11. Compute your annual PTC. Then skip lines 12-23 and continue to line 24.
☒ No. Continue to lines 12-23. Compute your monthly PTC and continue to line 24.

Annual Calculation	(a) Annual enrollment premiums (Form(s) 1095-A, line 33A)	(b) Annual applicable SLCSP premium (Form(s) 1095-A, line 33B)	(c) Annual contribution amount (line 8a)	(d) Annual maximum premium assistance (subtract (c) from (b); if zero or less, enter -0-)	(e) Annual premium tax credit allowed (smaller of (a) or (d))	(f) Annual advance payment of PTC (Form(s) 1095-A, line 33C)
11 Annual Totals	11,978	11,976		11,976	11,976	11,676
Monthly Calculation	(a) Monthly enrollment premiums (Form(s) 1095-A, lines 21-32, column A)	(b) Monthly applicable SLCSP premium (Form(s) 1095-A, lines 21-32, column B)	(c) Monthly contribution amount (amount from line 8b or alternative marriage monthly calculation)	(d) Monthly maximum premium assistance (subtract (c) from (b); if zero or less, enter -0-)	(e) Monthly premium tax credit allowed (smaller of (a) or (d))	(f) Monthly advance payment of PTC (Form(s) 1095-A, lines 21-32, column C)
12 January	998	998		998	998	973
13 February	998	998		998	998	973
14 March	998	998		998	998	973
15 April	998	998		998	998	973
16 May	998	998		998	998	973
17 June	998	998		998	998	973
18 July	998	998		998	998	973
19 August	998	998		998	998	973
20 September	998	998		998	998	973
21 October	998	998		998	998	973
22 November	998	998		998	998	973
23 December	998	998		998	998	973

24	Total premium tax credit. Enter the amount from line 11(e) or add lines 12(e) through 23(e) and enter the total here	24	0
25	Advance payment of PTC. Enter the amount from line 11(f) or add lines 12(f) through 23(f) and enter the total here	25	11,676
26	Net premium tax credit. If line 24 is greater than line 25, subtract line 25 from line 24. Enter the difference here and on Schedule 3 (Form 1040), line 8. If line 24 equals line 25, enter -0-. Stop here. If line 25 is greater than line 24, leave this line blank and continue to line 27	26	0

Part III Repayment of Excess Advance Payment of the Premium Tax Credit

27	Excess advance payment of PTC. If line 25 is greater than line 24, subtract line 24 from line 25. Enter the difference here	27	11,676
28	Repayment limitation (see instructions)	28	
29	Excess advance premium tax credit repayment. Enter the smaller of line 27 or line 28 here and on Schedule 2 (Form 1040), line 2	29	

For Paperwork Reduction Act Notice, see your tax return instructions.

HTA

Form **8962** (2020)

Part IV Allocation of Policy Amounts

Complete the following information for up to four policy amount allocations. See instructions for allocation details.

Allocation 1

30	(a) Policy Number (Form 1095-A, line 2)	(b) SSN of other taxpayer	(c) Allocation start month	(d) Allocation stop month
Allocation percentage applied to monthly amounts		(e) Premium Percentage	(f) SLCSF Percentage	(g) Advance Payment of the PTC Percentage

Allocation 2

31	(a) Policy Number (Form 1095-A, line 2)	(b) SSN of other taxpayer	(c) Allocation start month	(d) Allocation stop month
Allocation percentage applied to monthly amounts		(e) Premium Percentage	(f) SLCSF Percentage	(g) Advance Payment of the PTC Percentage

Allocation 3

32	(a) Policy Number (Form 1095-A, line 2)	(b) SSN of other taxpayer	(c) Allocation start month	(d) Allocation stop month
Allocation percentage applied to monthly amounts		(e) Premium Percentage	(f) SLCSF Percentage	(g) Advance Payment of the PTC Percentage

Allocation 4

33	(a) Policy Number (Form 1095-A, line 2)	(b) SSN of other taxpayer	(c) Allocation start month	(d) Allocation stop month
Allocation percentage applied to monthly amounts		(e) Premium Percentage	(f) SLCSF Percentage	(g) Advance Payment of the PTC Percentage

34 Have you completed all policy amount allocations?

☐ **Yes.** Multiply the amounts on Form 1095-A by the allocation percentages entered by policy. Add all allocated policy amounts and non-allocated policy amounts from Forms 1095-A, if any, to compute a combined total for each month. Enter the combined total for each month on lines 12–23, columns (a), (b), and (c). Enter the combined total for lines 12–23, columns (c)–(e), and continue to line 24.

☐ **No.** See the instructions to report additional policy amount allocations.

Part V Alternative Calculation for Year of Marriage

Complete line(s) 35 and/or 36 to elect the alternative calculation for year of marriage. For eligibility to make the election, see the instructions for line 9. To complete line(s) 35 and/or 36 and compute the amount for lines 12–23, see the instructions for this Part V.

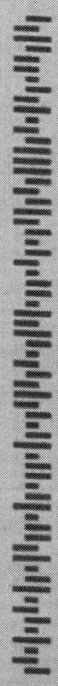
35	Alternative entries for your SSN	(a) Alternative family size	(b) Alternative monthly contribution amount	(c) Alternative start month	(d) Alternative stop month
36	Alternative entries for your spouse's SSN	(a) Alternative family size	(b) Alternative monthly contribution amount	(c) Alternative start month	(d) Alternative stop month

PRESORTED
FIRST-CLASS MAIL
U.S. POSTAGE PAID
FLORIDA BLUE

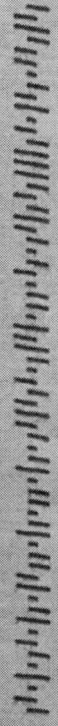


HMO
Enrollment & Billing Department
P.O. Box 44236
Jacksonville, FL 32231-4236

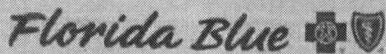
2453 (260) 087062240753



Jorge Mogollon
11526 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO, FL 32821-7402



105 EYT-IP1 32821



HMO

Enrollment & Billing Department
P.O. Box 44236
Jacksonville, FL 32231-4236

Jorge Mogollon
11526 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO, FL 328217402

24 de mayo de 2021

¡Bienvenido(a) a Florida Blue HMO!

Número de identificación de miembro: H21844225

Estimado(a) Jorge Mogollon:

¡Le tenemos buenas noticias! Puede empezar a usar sus beneficios el . Lea estos consejos y empiece con el pie derecho.



Revise sus tarjetas de identificación

Si tiene dependientes, no podrá verlos en su tarjeta de identificación. No se preocupe; con su número de miembro, su médico o farmaceuta podrán ver quiénes están cubiertos por su plan.



Lea su folleto de beneficios y use las herramientas poor Internet

Una vez que su plan empiece a funcionar, inicie sesión en su cuenta de miembro en floridablue.com para ver o descargar su folleto. Si desea que le enviemos una copia impresa, simplemente llámenos. Allí, o en la aplicación móvil de Florida Blue, podrá ver e imprimir tarjetas de identificación, revisar beneficios, pagar su factura mensual, actualizar las preferencias de su cuenta, ver qué tipos de servicios pueden necesitar preaprobación y encontrar recursos de salud y bienestar como descuentos para miembros de hasta un 50%.



Haga una cita para un chequeo de bienestar... ¡sin copago!

Haga una cita con su médico de cabecera para hacerse un chequeo general. Juntos podrán trazarun plan que le llevará hacia una mejor salud.



Su plan de salud puede rendirle mucho más

Para mantener sus costos bajos, acuda a los proveedores y a las farmacias de la red. Si se inscribió en un plan de salud con deducible alto y desea ver si es elegible para una cuenta de ahorros de la salud (health savings account, HSA), vaya a healthequity.com o llame al 877-223-5329. HealthEquity es una compañía independiente que administra cuentas HSA. Sin embargo, tiene la opción de elegir otro administrador calificado.

Si decide que ya no desea tener esta cobertura, debe notificarnos dentro de los diez (10) días que siguen a la fecha en la que recibió esta carta.

Gracias de nuevo por escoger a Florida Blue. Si tiene alguna pregunta, la pagina de internet a floridablue.com/es, comuníquese al 1-800-352-2583 o visite un centro Florida Blue (floridablue.com/es/find-a-location).

Siempre junto a usted,

Su equipo de atención al cliente

Florida Blue HMO es el nombre comercial de Health Options, Inc., una filial HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son licenciatarías independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

85931S 0918

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Florida Blue HMO

Lleva esta página a las farmacias participantes CVS/pharmacy® (a excepción de las ubicaciones en Target®), Family Dollar, Navarro Discount Pharmacy o Dollar General para pagar tu prima. Debes hacer el pago **en la fecha límite que se muestra en tu factura o antes de esa fecha**. Hacer un pago después de la fecha límite no garantiza que tu póliza se mantenga activa.

CVS: Paga en efectivo, con tarjetas de crédito y de débito hasta un máximo de \$999 por 24 horas.

Dollar General: Paga en efectivo o con tarjeta de débito hasta \$500 por transacción y hasta \$999 por 24 horas. Comunícate con Florida Blue al número que aparece en el reverso de tu tarjeta de identificación para hacer preguntas sobre tu cuenta, ya que los asociados de ventas en esos establecimientos no pueden ver la información de tu cuenta.

Family Dollar: Pague en efectivo.

Puede tomarse hasta dos días calendario para que tu pago se acredite en tu cuenta.



799366205540006371681503182920

Al aceptar o utilizar este código de barras para hacer el pago, aceptas los términos y las condiciones disponibles en payithere.com/terms.

Asociado de ventas: Escanea el código de barras que aparece arriba, ingresa el monto que el cliente desea pagar y procesa la transacción normalmente.

Sales associate: Scan the barcode above, enter the amount the customer wishes to pay and tender the transaction as normal.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

La farmacia CVS® y la farmacia de descuento Navarro son compañías independientes que asisten con el cobro de su prima en nombre de Florida Blue/Florida Blue HMO/Florida Combined Life.

Florida Blue

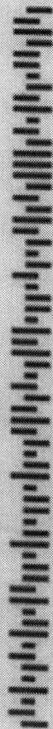
HMO

Enrollment & Billing Department

P.O. Box 44236

Jacksonville, FL 32231-4236

2453 (260) 087062240753



Jorge Mogollon

11526 WESTWOOD BLVD APT 736

ORLANDO, FL 32821-7402



myBlue

Group Number 99999



BC 090 BS 590
Rx Bin 012833
PCN FLBC



Florida Blue

HMO

Jorge Mogollon
Member Number
VMYH21844225

Plan Number 2127



myBlue

Group Number 99999



BC 090 BS 590
Rx Bin 012833
PCN FLBC



Florida Blue

HMO

Jorge Mogollon
Member Number
VMYH21844225

Plan Number 2127



U.S. Department of State
National Passport Center
44132 Mercure Cir
PO Box 1108
Sterling, VA 20166-1108

Official Business
Penalty for Private Use, \$300

US OFFICIAL MAIL >> PENALTY FOR
PRIVATE USE \$300



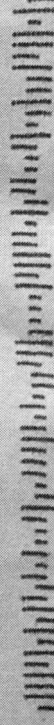
ZIP 03801 \$000.71⁰
02 4W
0001131917 AUG 02 2021



First Class

JORGE ORLANDO MOGOLLON
11526 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO FL 32821

3282137402 COES



37

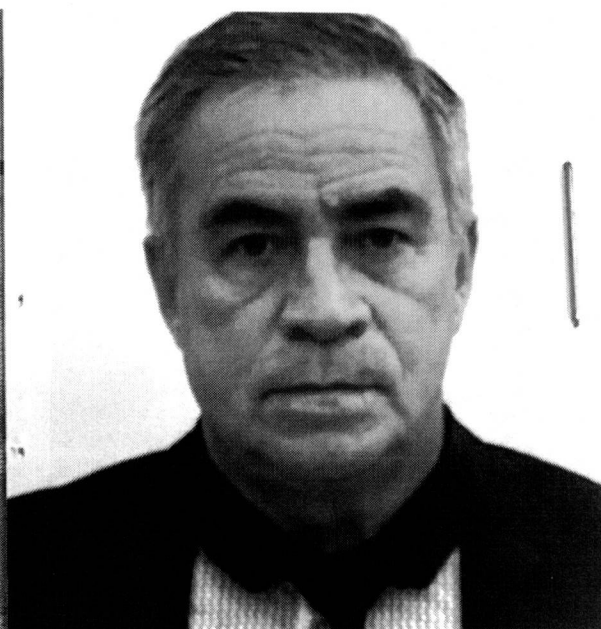
PASSPORT



*United States
of America*



*Of the United States,
in Order to form a more perfect Union,
establish Justice, insure domestic Tranquility,
provide for the common defence,
promote the general Welfare, and secure
the Blessings of Liberty to ourselves and
our Posterity, do ordain and establish this
Constitution for the United States of America.*



SIGNATURE OF BEARER / SIGNATURE DU TITULAIRE / FIRMA DEL TITULAR

**PASSPORT
PASSEPORT
PASAPORTE**



UNITED STATES OF AMERICA

Type / Type / Tipo Code / Code / Código Passport No. / No. du Passeport / No. de Pasaporte

P

USA

481109435

Surname / Nom / Apellidos

MOGOLLON

Given Names / Prénoms / Nombres

JORGE ORLANDO

Nationality / Nationalité / Nacionalidad

UNITED STATES OF AMERICA

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento

23 Nov 1959

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento

COLOMBIA

Date of issue / Date de délivrance / Fecha de expedición

13 May 2011

Date of expiration / Date d'expiration / Fecha de caducidad

12 May 2021

Endorsements / Mentions Spéciales / Anotaciones

SEE PAGE 27

Sex / Sexe / Sexo

M

Authority / Autorité / Autoridad

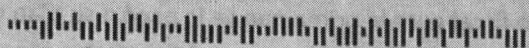
United States

Department of State

P<USAMOGC ON<<JORGE<ORLANDO<<<<<<<<<<<<<<<<<
4811094351USA5911239M2105127410703626<270132

34

4 de enero de 2021



218032 2 AV 0.389T809 **AUTO5-DIGIT 32821 PL34 R



JORGE MOGOLLON

11526 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO, FL 32821-7402

Identificación de la solicitud (ID): 3399673546

Nombre del Plan: myBlue Silver 2017

Debe presentar una declaración de impuestos si el Formulario 1095-A adjunto muestra que recibió pagos adelantados (anticipos) del crédito fiscal para las primas. Vea Parte III, Columna C en su formulario.

Estimado(a) Jorge Mogollon:

Debido a que usted y/o miembros de su familia tuvo cobertura del Mercado de Seguros Médicos para la totalidad o una parte de 2020, estamos obligados a proporcionarle el "Formulario 1095-A, Declaración del Mercado de Seguros Médicos" adjunto. El formulario incluye información importante que necesita para llenar correctamente su declaración federal de impuestos para ese año. Esta información también se le ha dado al Servicio de Rentas Internas (IRS). Favor de mantener este formulario para sus archivos después de usar la información para presentar su declaración de impuestos.

Usted debe presentar una declaración de impuestos

Aunque por lo general no presente una declaración de impuestos, usted debe presentar una declaración si usted u otro miembro de su familia recibió cualquier pago por adelantado del crédito fiscal para las primas en 2020 para reducir los costos de las primas. Si los pagos adelantados son hechos a su nombre o a nombre de una persona en su familia y no presenta una declaración de impuestos, usted no será elegible para los anticipos del crédito fiscal o reducciones de costos compartidos que le ayudarán en el futuro con los pagos de cobertura en el Mercado.

Cuando presente su declaración de impuestos electrónicamente o por correo, deberá llenar y presentar el "Formulario 8962 Crédito Fiscal para las Primas". **Utilice la información en el Formulario 1095-A para completar el Formulario 8962.** El Formulario 1095-A también le indica los meses de 2020 en los cuales usted y otros miembros de su familia estaban asegurados. Usted necesitará esa información para completar su declaración de impuestos. Si desea más información sobre el Formulario 1095-A, lea la sección "Instrucciones para el Beneficiario" en la parte posterior del formulario adjunto. Si necesita el Formulario 8962, visite [IRS.gov/aca](https://www.irs.gov/aca).

Muchas de las personas que se inscribieron para la cobertura del Mercado pueden obtener ayuda gratuita para llenar sus impuestos. Esto puede incluir el libre acceso a los programas de impuestos (software) o asistencia gratuita en persona. Visite [IRS.gov/freefile](https://www.irs.gov/freefile) o [IRS.gov/VITA](https://www.irs.gov/VITA) para más información.



3399673546

La importancia del Formulario 1095-A

El Formulario 1095-A incluye:

- Información sobre usted y otros miembros de su familia que se inscribieron en un plan del Mercado durante 2020.
- Información sobre la prima de su plan y otra información que podría necesitar para llenar su declaración federal de impuestos.
- La cantidad de los pagos adelantados (anticipos) del crédito fiscal para la prima que se le pagó a su plan médico en 2020 a su nombre o en nombre de los demás miembros de su familia.

Para obtener más información sobre la información en su formulario, visite CuidadoDeSalud.gov/es/tax-form-1095.

Es posible que necesite más información para completar su declaración de impuestos

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/tax-tool para obtener la información adicional que necesita para calcular su crédito fiscal para las primas si:

- Tuvo cambios en su hogar que no informó al Mercado, como tener un bebé, mudarse, casarse o divorciarse o perder a un dependiente.
- Su Formulario 1095-A corregido tiene ceros impresos en la Parte III, columna B para los meses que tuvo cobertura.

También puede visitar IRS.gov para encontrar más detalles en las Instrucciones para el Formulario 8962.

Cambios en su información

Si piensa que la información en el Formulario 1095-A adjunto no es la correcta, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para saber cómo obtener un Formulario 1095-A corregido. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325.

También es importante tener en cuenta que es posible que reciba más de un Formulario 1095-A, debido a que diferentes miembros de su familia tenían diferentes planes, actualizó su información de cobertura durante 2020 o cambió de plan durante 2020. Asegúrese de mantener todos los Formularios 1095-A con sus documentos importantes de impuestos.

También puede obtener el Formulario 1095-B o Formulario 1095-C

Si usted o miembros de su familia tuvieron cobertura en 2020 a través de otros programas o planes fuera del Mercado, también podría estar recibiendo el Formulario 1095-B (Cobertura de Salud) o Formulario 1095-C (Oferta y Cobertura Provista por Empleador). Es importante seguir las instrucciones que aparecen en estos formularios, para llenar su declaración de impuestos correctamente.

NOTA: Si está inscrito en otro tipo de cobertura que califica como cobertura esencial mínima (por ejemplo, Medicare Parte A) y recibió un Formulario 1095-B, es posible que ya no sea elegible para recibir ayuda financiera para su plan del Mercado. Es importante comunicarse con el Mercado e informar cualquier cambio en su cobertura tan pronto como le sea posible.

Para más información, visite CuidadoDeSalud.gov/es/taxes/other-health-coverage.

Cómo obtener ayuda con sus impuestos

Muchas personas pueden obtener ayuda gratuita para llenar sus impuestos. Visite IRS.gov/freefile y IRS.gov/VITA para más información.

35

El uso de programas (software) para la preparación de impuestos es la mejor manera, y más sencilla, de presentar una declaración de impuestos completa y exacta, ya que guía a las personas, y preparadores de impuestos, durante el proceso y hace todas las calculaciones matemáticas. Opciones de presentación electrónica incluyen Free File del IRS para los contribuyentes que califican, ayuda gratuita por parte de voluntarios, programas (software) comerciales y asistencia profesional.

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/taxes o llame al Centro de Llamadas del Mercado.

Para obtener más ayuda

- Si tiene preguntas generales sobre sus impuestos, visite IRS.gov. Ayuda gratis está disponible si califica a través de Free File o el Programa de Ayuda Voluntaria a los Contribuyentes (VITA en inglés).
- Si tiene preguntas sobre el Mercado, visite CuidadoDeSalud.gov, o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325. También puede hacer una cita con un asistente local para recibir ayuda. La información está disponible en AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov.
- Reciba ayuda en un idioma diferente al español. La información se incluye con este aviso y está disponible a través del Centro de Llamadas del Mercado.
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado para obtener esta información en un formato alternativo como letra grande, Braille o audio, sin costo alguno.

Atentamente,

Mercado de Seguros Médicos
Departamento de Salud y Servicios Humanos
465 Industrial Boulevard
London, Kentucky 40750-0001

Divulgación de Privacidad: El Mercado de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal (PII en inglés) que ha proporcionado (visite CuidadoDeSalud.gov/es/privacy). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y parte 155, subparte D. La información utilizada para crear este aviso se recolectó del Mercado de Seguros Médicos. Puede que el Mercado haya utilizado datos de otras agencias federales y estatales o de una agencia de Informes de consumidor para determinar la elegibilidad de las personas que aparecen en su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1207.

No discriminación: El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios a, o de otra manera discrimina contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad. Si piensa que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles: llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints, o escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

Official Business
Penalty for Private Use, \$300



Department of the Treasury
Internal Revenue Service
Philadelphia, PA 19255-0035

105606.382533.409276.27636 1 AB 0.461 370



05606

JORGE MOGOLLON
11500 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO FL 32821-7314

PRESORTED
FIRST-CLASS
POSTAGE AND FEES
PAID
IRS
PERMIT NO.

Señor:
Juez 22 de Familia de Bogotá D.C.
E.S.D.

Ref: Divorcio contencioso
Demandante: Jorge Orlando Mogollón Rodríguez
Demandada: María Elena Duffo Castillo
Expediente: 2021-00672

Felipe Rincón Salgado, Abogado con C.C. 80.410.388 y T.P. 71.687, en mi condición de Abogado de la demandada **María Elena Duffó Castillo**, mayor de edad y domiciliada en la ciudad de Orlando, Florida, Estados Unidos de Norteamérica, en la oportunidad procesal establecida, procedo a dar contestación a la demanda en los siguientes términos:

Hechos:

1. Es cierto.
2. Es cierto.
3. Es cierto.
4. No es cierto y se aclara, el demandante pasa temporadas con la demandante en la ciudad de Orlando, Florida en los Estados Unidos de Norteamérica, en el inmueble apartamento 736 de la 11526 Westgood Boulevard, Zip Code 32821, habiendo estado la última vez en el mes de junio de 2021.
5. Es cierto.
6. No es un hecho, es un argumento de derecho.
7. Es cierto en cuanto a la conformación de la sociedad conyugal.
8. Es cierto.

Pretensiones:

Nos oponemos a la prosperidad de las pretensiones, por no indicarse la causal y los elementos fácticos que constituyan la viabilidad de decretar la cesación de los efectos civiles del matrimonio.

Excepciones:

1. Ausencia de los requisitos de la causal 8ª del artículo 154 del Código Civil, en razón a que el demandante viaja con intermitencia a la vivienda de la demandada, siendo la última en el mes de abril de 2021, quien incluso se vacunó con el esquema completo contra el virus del Covid Sars 2, en dicha ciudad, razón por la cual no se ha dado el espacio de tiempo de separación de cuerpos que alega como causal el actor.

Pruebas:

I. Documentales:

1. Copia de dos facturas del Departamento del Tesoro Americano, de los impuestos que debe pagar Jorge Mogollón, con número de seguridad social

136-11-2145, para los periodos 2019 y 2020, que le llegan al demandante a la dirección 11526 Westwood Boulevard (Blvd), Orlando, Florida, U.S.A., Zip Code 32821, apartamento 736, lugar donde cohabita el demandante con la demandada cuando éste está en los Estados Unidos de Norteamérica.

2. Sobre enviado por la compañía Florida Blue a nombre de Jorge Mogollon al 11526 Westwood Blvd Apt. 736 de Orlando, Florida 32821, que contiene dos folios anexos con fecha 24 de mayo de 2021, respecto de las instrucciones para la utilización del servicio médico y dos carnets que acreditan al demandante como beneficiario o usuario del servicio médico en los Estados Unidos de Norteamérica, bajo el número de identificación como miembro H21844225.
 3. Sobre enviado por el Centro Nacional Estatal de Pasaportes de Estados Unidos, dirigido a Jorge Orlando Mogollón al apartamento 736 del 11526 Westwood Blvd, Orlando, Florida, Estados Unidos, remitido el 2 de agosto de 2021, que contenía pasaporte vencido a nombre del demandante, el cual fue renovado por éste en los Estados Unidos de Norteamérica (3 folios).
 4. Comunicación en 3 folios del 4 de enero de 2021, enviada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Mercado de Seguros Médicos a la dirección 11526 Westwood Blvd APT 736 de Orlando, Florida, U.S.A.
 5. Comunicación del 23 de septiembre de 2021 del Departamento de el Tesoro IRS, dirigida al demandante Jorge Mogollón al 11526 Westwood Blvd Apt 736 de Orlando, Florida, Estados Unidos de Norteamérica, con su respectivo sobre, en 2 folios.
- II. Oficios: Sírvase oficiar al Ministerio de Relaciones Exteriores, Migración Colombia, a efectos de que certifique las salidas e ingresos al país, así como los destinos de viaje, del demandante Jorge Orlando Mogollón Rodríguez, identificado con C.C. 19.407.911.
- III. Interrogatorio de Parte:
- Sírvase decretar y practicar Interrogatorio de parte al demandante, que versará sobre los hechos de la demanda y la excepción propuesta.
- IV. Testimoniales:
- Sírvase oír en testimonio a las siguientes personas:
1. Francis Pamela Mogollón Duffó, identificada con el pasaporte Estadounidense No. 663992906 y la licencia de conducir No. M245-255-84-721-0, domiciliada en 910 Kaplan Road Apto 5302 de Melbourne, Florida, Zip Code 32904, Estados Unidos de Norteamérica, quien como hija de las partes, le consta la relación de sus progenitores, su forma de vida matrimonial, en cuanto a circunstancia de tiempo, modo y lugar refiere. Correo electrónico fpmogollon@gmail.com
 2. Andrés Felipe Mogollón Duffó, identificado con el pasaporte Estadounidense No. 720713870 y la licencia de conducir No. M245-006-91-145-0, domiciliado en 910 Kaplan Road Apto 5302 de Melbourne, Florida, Zip Code 32904, Estados Unidos de Norteamérica, quien como hijo de las partes, le consta la relación de sus progenitores, su forma de

vida matrimonial, en cuanto a circunstancias de tiempo, modo y lugar refiere. Correo electrónico andres.mogod@gmail.com

3. Yenny Duffó de Alvis, identificada con la C.C. 41.564.365 domiciliada en Bogotá, en la carrera 71 F número 5 A-22 apartamento 511, correo electrónico jduffoc1952@yahoo.com , quien como hermana de la demandada, le consta sobre el modo de convivencia matrimonial de las partes y depondrá sobre los hechos que fundamentan la acción y las excepción interpuesta.
4. Bibiana Marcela Molina Doncel, identificada con la C.C. 52.377.366 domiciliada en Bogotá, en la calle 74 A número 116B-60 Torre 6 apartamento 1201, correo electrónico biibiana@hotmail.com, a quien le consta la relación matrimonial y de convivencia de la demandada y el demandante.

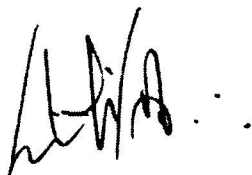
ANEXOS:

1. Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.
2. Poder para representar a la demandada.

NOTIFICACIONES:

El suscrito en el e-mail feliperin@gmail.com o en la oficina 1802 de la calle 19 número 3 A-37 de Bogotá.

La demandada en el e-mail nenaduffo@yahoo.es
Respetuosamente,



Felipe Rincón Salgado.
C.C. 80.410.388
T.P. 71.687

Filing Status ☒ Single ☐ Married filing jointly ☐ Married filing separately (MFS) ☐ Head of household (HOH) ☐ Qualifying widow(er) (QW)

Check only one box. If you checked the MFS box, enter the name of spouse. If you checked the HOH or QW box, enter the child's name if the qualifying person is a child but not your dependent. ▶

Your first name and middle initial JORGE	Last name MOGOLLON	Your social security number 136-11-2145
If joint return, spouse's first name and middle initial	Last name	Spouse's social security number

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. 11500 WESTWOOD BLVD		Apt. no. 736	Presidential Election Campaign Check here if you, or your spouse if filing jointly, want \$3 to go to this fund. Checking a box below will not change your tax or refund. <input type="checkbox"/> You <input type="checkbox"/> Spouse
City, town or post office, state, and ZIP code. If you have a foreign address, also complete spaces below (see instructions). ORLANDO FL 32821			
Foreign country name	Foreign province/state/county	Foreign postal code	If more than four dependents, see instructions and ✓ here ▶ <input type="checkbox"/>

Standard Deduction ☐ Spouse itemizes on a separate return or you were a dual-status alien

Someone can claim: ☐ You as a dependent ☐ Your spouse as a dependent

Age/Blindness **You:** ☐ Were born before January 2, 1955 ☐ Are blind **Spouse:** ☐ Was born before January 2, 1955 ☐ Is blind

Dependents (see instructions):		(2) Social security number	(3) Relationship to you	(4) ✓ if qualifies for (see instructions):	
(1) First name	Last name			Child tax credit	Credit for other dependents
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Wages, salaries, tips, etc. Attach Form(s) W-2	2a	b Taxable interest. Attach Sch. B if required	1
2a Tax-exempt interest		b Ordinary dividends. Attach Sch. B if required	2b
3a Qualified dividends	3a	b Taxable amount	3b
4a IRA distributions	4a	d Taxable amount	4b
c Pensions and annuities	4c	b Taxable amount	4d
5a Social security benefits	5a		5b 0
6 Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here ▶ <input type="checkbox"/>			6
7a Other income from Schedule 1, line 9			7a -497
b Add lines 1, 2b, 3b, 4b, 4d, 5b, 6, and 7a. This is your total income ▶			7b
8a Adjustments to income from Schedule 1, line 22			8a
b Subtract line 8a from line 7b. This is your adjusted gross income ▶			8b -497
9 Standard deduction or itemized deductions (from Schedule A)	9 12,200		
10 Qualified business income deduction. Attach Form 8995 or Form 8995-A	10		
11a Add lines 9 and 10			11a 12,200
b Taxable income. Subtract line 11a from line 8b. If zero or less, enter -0-			11b 0


AL DESPACHO

29 NOV 2021

C.F.S.: 25 a 32)

- EN TIEMPO -

• Propuso EXCEPCION DE MERITO y PREVIA.



c21