

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 Duffo Castillo**, mayor de edad y domiciliada en la ciudad de Orlando, Florida, Estados Unidos de Norteamérica, en la oportunidad procesal establecida en el artículo 101 del C.G.P., procedo a interponer la siguiente excepción previa:

I. FALTA DE COMPETENCIA:

Hechos:

1. El demandante y la demandada, se casaron en la ciudad de Bogotá el día 26 de septiembre de 1.987 en la Parroquia del Divino Salvador, fijando la residencia y domicilio conyugal inicialmente en esta ciudad hasta el año 1.988 aproximadamente, en razón a la profesión de Militar del actor, quien era trasladado a otras ciudades del país, quienes terminaron finalmente en la ciudad de Cali en 1999, siendo ésta ciudad el último domicilio conyugal en el país.
2. El día 30 de noviembre de 2000, la demandada viajó a los Estados Unidos de Norteamérica, y el demandante arribó el día 7 de diciembre de 2000 a la ciudad de New Jersey, fijando allí el domicilio conyugal por 7 años y finalmente en la ciudad de Orlando, Florida, hasta el mes de Julio de 2017, época en que el demandante retornó a Colombia a acompañar a su hijo estudiante de odontología de UNICOOP, pero viajaba con intermitencia al domicilio conyugal en la ciudad de Orlando.
3. Posteriormente, el demandante fijó su domicilio en la ciudad de Cartagena, y reside actualmente en la calle 28 número 20-36 Apartamento 704 "Edificio Bambú 320", barrio Manga, teléfono 3217852742, desde hace aproximadamente menos de un año.
4. A su vez, la demandada ha permanecido en los Estados Unidos de Norteamérica, en la ciudad de Orlando, Florida, quien adoptó la nacionalidad norteamericana, renunciando a la ciudadanía Colombiana, hechos que son de pleno conocimiento del demandante, como quiera que éste conoce y sabe plenamente el lugar de residencia de la demandada y ha cohabitado en su casa en múltiples oportunidades, 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.

5. Siendo conocedor el demandante de la situación jurídica respecto de la nacionalidad de la demandada, que es norteamericana, la demanda como ciudadana colombiana.

II. RAZONES DE LA INCOMPETENCIA:

El artículo 28 num. 2 del C.G.P. fija los requisitos y criterios de la competencia y específicamente para el proceso de divorcio indica que, será competente el Juez del domicilio del demandado o el del último domicilio común anterior, **mientras el demandante lo conserve.**

De las circunstancias fácticas que se han narrado, se extrae que la demandada reside y está domiciliada en la ciudad de Orlando-Florida, en los Estados Unidos de Norteamérica, lugar que como lo narra el actor en su demanda, asevera fue el último domicilio conyugal, y el demandado está domiciliado en la misma ciudad o en la ciudad de Cartagena, Colombia, como fácilmente se evidencia de la nota de presentación del poder para éste asunto y de la dirección de su residencia ya suministrada, así como del hecho quinto de la demanda.

Así las cosas, teniendo en cuenta que el domicilio común anterior no es la ciudad de Bogotá, la demandada reside en los Estados Unidos de Norteamérica, y el demandante tiene su domicilio y residencia en la ciudad de Orlando y/o Cartagena, el Juez de Familia de Bogotá, CARECE por completo de competencia para adelantar el trámite de divorcio.

III. PRUEBAS:

I. DOCUMENTALES:

1. Copia autenticada de la carta de fecha 31 de marzo de 2017, dirigida al Consulado General de Colombia en Orlando, Florida, U.S.A., mediante la cual la demandada renuncia a la ciudadanía Colombiana (Anexo 1).
2. Copia auténtica del Acta de Renuncia a la nacionalidad Colombiana No. NRRDZF92328788 efectuada el día 31 de marzo de 2017 ante la Cónsul Primera de Colombia en Orlando- Florida- Estados Unidos de Norteamérica, por parte de la demandada María Elena Duffo Castillo (Anexo 2)
3. Copia del pasaporte de Estados Unidos de Norteamérica 668380506 cuyo titular es la demandada (Anexo 3).
4. Copia auténtica de la Licencia de Conducir D122-545-59-688-0 de la demandada, expedida en la Florida (Anexo 4).
5. Copia de los documentos que le llegan al demandante a la dirección 11526 Wetswood Boulevard, 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, 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 (Anexo 5).

II. OFICIOS:

Sírvase oficiar al Ministerio de Relaciones Exteriores, Emigración Colombia, a fin de que certifiquen la salidas y entradas al país, así como los destinos del demandante Jorge Orlando Mogollón Rodríguez, identificado con la C.C. 19.407.911.

III. INTERROGATORIO DE PARTE:

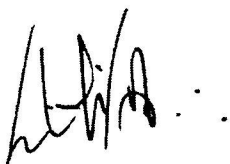
Ordénese y practíquese interrogatorio de parte al demandante, que versará sobre los hechos y fundamentos de la presente excepción previa, con el fin de demostrar la falta de competencia esgrimida.

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

FELIPE RINCON SALGADO
Abogado
feliperin@gmail.com
3134307418

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

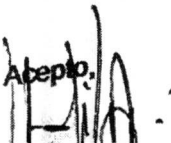
Ref: Divorcio contencioso
Demandante: Jorge Orlando Mogollón Rodríguez
Demandada: María Elena Duffo Castillo
Expediente: 2021-00672

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,


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

Acepto.

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 BOGOTÁ

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

COMPARECÍO
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

 Cod. e2dei
www.notariaenlinea.com

 FIRMA

 NOTARIA
9
DEL CIRCULO DE BOGOTA



1709-4f5ada34


Elsa Villalobos Sarmiento
Notaria No. 9 del Circulo de Bogotá
C.C. 80.410.388
T.P. 71.687

*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	Pass / Code / Código	Passport No. / No. du Passeport / No. de Pasaporte
P	USA	668280506

Surname / Name / Appellative

DUFFO CASTILLO

Given Names / Prénoms / Nombres

MARIA ELENA

Nationality / Nationalité / Nacionalidad

UNITED STATES OF AMERICA

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento

28 May 1959

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento

COLOMBIA

Date of issue / Date de délivrance / Fecha de expedición

12 Jun 2021

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

11 Jun 2031

Endorsements / Mentions Spéciales / Anotaciones

SEE PAGE 27

Sex / Sexe / Sexo

F

Authority / Autorité / Autoridad

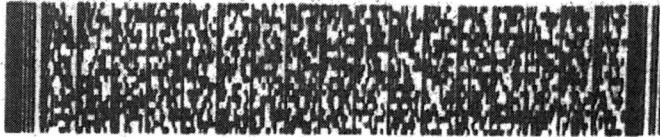
United States

Department of State

USA

P<USADUFFO<CASTILLO<<MARIA<ELENA<<<<<<<<<<
6683805064USA5905281F3106110685371601<280560

The State
of Florida
retains all
property
rights herein.
052859
Rev.
05/01/2019



01004744464
20083

21

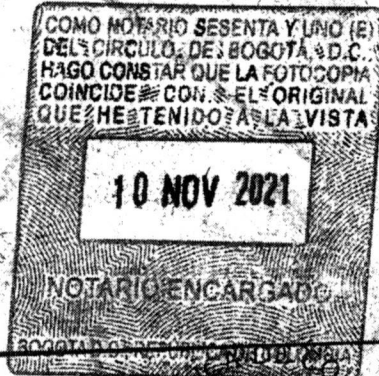


CLASS: E - Any non-commercial veh with a GVWR < 26,001 lbs.
or any RV

REST: None

END: None

REPLACEMENT LICENSE REQUIRED WITHIN 30 DAYS
OF ADDRESS OR NAME CHANGE
WWW.FLHSMV.GOV



Florida

DRIVER LICENSE

D122-545-59-688-0

CLASS E

1 DUFFO CASTILLO
2 MARIA ELENA
3 8915 LATREC AVE UNT 2 112
4 ORLANDO, FL 32819-7303

5 DOB 05/28/1959 15 SEX F
6 EXP 05/28/2028 16 HGT 5'-04"
7 12 REST NONE 98 END NONE

SAFE DRIVER
4 ISS 05/06/2020
5 DD X632005060017

DONOR

Operation of a motor vehicle constitutes
consent to any sobriety test required by law



USA



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 refund. ☐ You ☐ 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 postal code	
Foreign country name	Foreign province/state/county	Foreign postal code	If more than four dependents, see instructions and ✓ here ▶ ☐

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, 1955 ☐ Are blind **Spouse:** ☐ Were 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
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

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

12a	Tax (see inst.) Check if any from Form(s): 1 ☐ 8814 2 ☐ 4972 3 ☐	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		NO
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		0
21a	Amount of line 20 you want refunded to you . If Form 8888 is attached, check here ☐	21a		
b	Routing number	c Type ☐ Checking ☐ 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		
Third Party Designee Do you want to allow another person (other than your paid preparer) to discuss this return with the IRS? See instructions. ☐ Yes. Complete below. ☐ No				
(Other than paid preparer) Designee's name		Phone no.		Personal identification number (PIN)
Sign Here 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
Phone no. (407) 219-1212		Address		If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.)
Preparer's name		Preparer's signature		Date
Firm's name		Phone no.		PTIN
Firm's address		Firm's EIN		Check if: ☐ 3rd Party Designee ☐ Self-employed

SCHEDULE 1
(Form 1040 or 1040-SR)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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.

OMB No. 1545-0074

2019

Attachment
Sequence No. 01

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

JORGE O MOGOLLON

Your social security number

136-11-2145

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

☐ Yes ☐ No

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 or 1040-SR, line 7a	9	-497

Part II Adjustments to Income

10	Educator expenses	10	
11	Certain business expenses of reservists, performing artists, and fee-based 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 3903	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. Attach Form 8917	21	
22	Add lines 10 through 21. These are your adjustments to income. Enter here and on Form 1040 or 1040-SR, line 8a	22	

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

Schedule 1 (Form 1040 or 1040-SR) 2019

HTA

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		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 refund. ☐ You ☐ Spouse
City, town, or post office. If you have a foreign address, also complete spaces below. ORLANDO		State FL	
Foreign country name		ZIP code 32821	
Foreign province/state/county		Foreign postal code	

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

Dependents (see instructions):	(1) First name Last name		(2) Social security number	(4) ☒ if qualifies for (see instructions):	
				Child tax credit	Credit for other dependents
If more than four dependents, see instructions and check here ▶ ☐				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

Attach Sch. B if required.	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 ☐	7	
	8	Other income from Schedule 1, line 8	8	
	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 12 and 13	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 ☐ 8814 2 ☐ 4972 3 ☐	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	28	
29	American opportunity credit from Form 8863, line 8	29	
30	Recovery rebate credit. See instructions	30	
31	Amount from Schedule 3, line 13	31	
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 ☐	35a	
b	Routing number		
c	Type ☐ Checking ☐ 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	

• 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
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? ☐ Yes. Complete below. ☐ No

See instructions

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

Sign Here 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 is filed, must sign. _____	Date _____	Spouse's occupation	If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.) _____

Phone no. (407) 1212 Email address _____

Preparer Use Only

Preparer's name _____	Preparer's signature _____	Date _____	PTIN _____	Check if: ☐ Self-employed
Firm's name _____	Firm's EIN _____			Phone no. _____
Firm's address _____				

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	
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.

Schedule 1 (Form 1040) 2020

HTA

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.

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 ☐ Alaska b ☐ Hawaii c ☒ 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%). ☐ No. Continue to line 7. ☒ 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 the 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 8b)	(d) Annual maximum premium assistance (subtract (c) from (b); if zero or less, enter -0-)	(e) Annual premium tax credit allowed (smaller of (d) or (c))	(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 divided by 12 for 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 (d) or (c))	(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	

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) SLCSP 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) SLCSP 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) SLCSP 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) SLCSP 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). 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



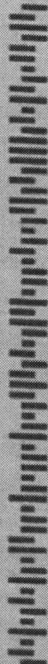
HMO

Enrollment & Billing Department

P.O. Box 44236

Jacksonville, FL 32231-4236

2453 (260) 087062240753

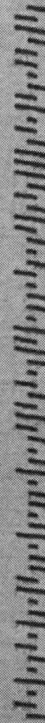


Jorge Mogolion
11526 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO, FL 32821-7402

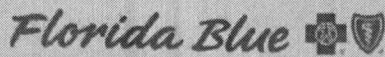
105

EYT-IP1

32821



8



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 farmacéuta podrán ver quiénes están cubiertos por su plan.



Lea su folleto de beneficios y use las herramientas por 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 trazar un 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 página 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 licenciatarias 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.



030822407530

9

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 

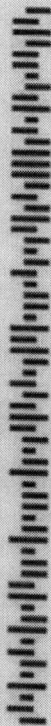
HMO

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





Florida Blue

HMO

Jorge Mogollon

Member Number
VMYH21844225

Plan Number 2127



myBlue

BC 090 BS 590

Rx Bin 012833

PCN FLBC

Group Number 99999



Florida Blue

HMO

Jorge Mogollon

Member Number
VMYH21844225

Plan Number 2127



myBlue

BC 090 BS 590

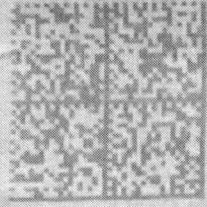
Rx Bin 012833

PCN FLBC

Group Number 99999

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 MORGILLON
11526 WESTWOOD BLVD APT 736
ORLANDO FL 32821

3282137402 0099



10

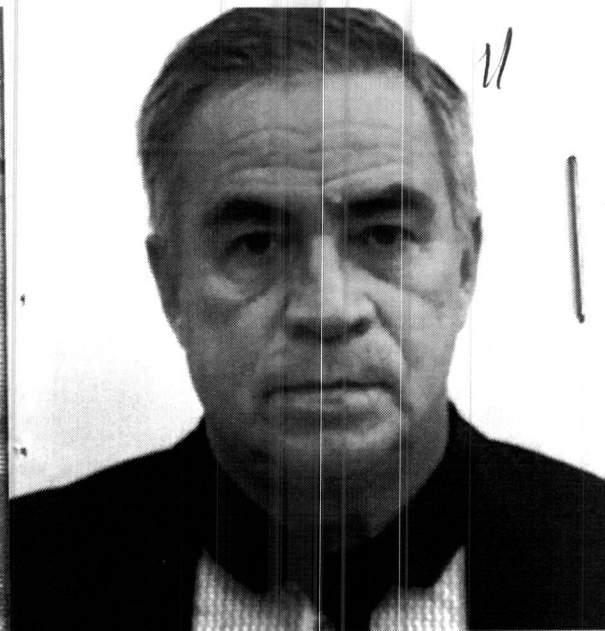
PASSPORT



*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

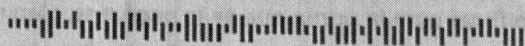
United States

Department of State

[illegible]

4811094351USA5911239M2105127410703626<270132

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.

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.

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



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

05606

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

13



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

14
Orlando, FL. Marzo 31 de 2017

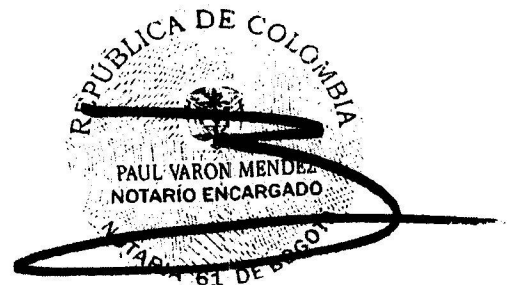
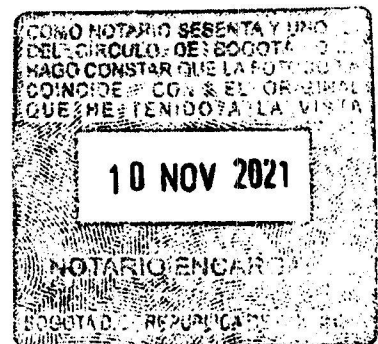
CONSULADO GENRAL DE COLOMBIA
Att. Cónsul General

Yo, MARIA ELENA DUFFO CASTILLO, identificada con cédula de ciudadanía número 51.674.661 de Bogotá y domiciliada en el 8915 Latrec Ave. Apto. 112, Orlando, FL. En atención a que poseo ciudadanía de los Estados Unidos de América con pasaporte número 486799495, atentamente me permito manifestarle mi voluntad de renunciar a la ciudadanía Colombiana. Por tal motivo me permito solicitar que por su conducto sea diligenciada mi voluntad.

Agradezco la atención a la presente.

Maria Elena Duffo Castillo

MARIA ELENA DUFFO CASTILLO
C.C. No 51.674.661 de Bogotá





Bienio y Orden

ACTA DE RENUNCIA A LA NACIONALIDAD COLOMBIANA No. NRRDZF92328788

EL (LA) CONSUL DE PRIMERA DE COLOMBIA EN ORLANDO - ESTADOS UNIDOS

CONSIDERANDO

Que la señora **MARIA ELENA DUFFO CASTILLO** solicitó mediante escrito al Ministerio de Relaciones Exteriores la renuncia a la nacionalidad colombiana, de conformidad con lo consagrado en la Ley 43 de 1993, modificada por la Ley 962 de 2005 y el Decreto 1067 de 2015.

Que de acuerdo con Pasaporte número 486799495, expedido por Estados Unidos, a quien se le expide la presente Acta de Renuncia a la nacionalidad colombiana se identificó(a) como Maria Elena Duffo Castillo, ante ese Estado.

Que para el efecto, la señora **MARIA ELENA DUFFO CASTILLO**, presentó los documentos previstos en el Artículo 2.2.4.1.20 del Decreto 1067 de 2015: a saber:

1. Solicitud de renunciar a la nacionalidad colombiana
2. Constancia de entrega de documento
3. Documento que demuestra que posee otra nacionalidad o que la está tramitando: - Pasaporte número 486799495 expedido por los Estados Unidos de América, documento que demuestra que la titular tiene otra nacionalidad.
4. Certificado de buena conducta expedido por la autoridad competente en el respectivo país.
5. Fotocopia de cédula de ciudadanía, registro civil de nacimiento, pasaporte colombiano o partida de bautismo colombiana (para los nacidos antes de 1938): CÉDULA DE CIUDADANIA NUMERO 51874661, documento en el que consta como fecha y lugar de nacimiento que el día 28 de mayo de 1959, nació en Bogotá, Colombia.
6. Documento extranjero: La titular tiene ciudadanía de los Estados Unidos.

Por lo anterior, se extiende la presente Acta de Renuncia de la Nacionalidad Colombiana de la señora:

MARIA ELENA DUFFO CASTILLO

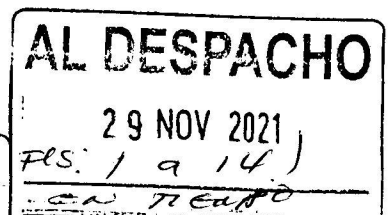
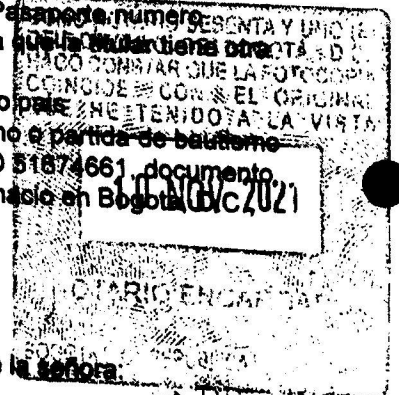
Contra la presente Acta de renuncia procede el recurso de reposición que podrá interponerse en los términos hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

Conferida en la ciudad de ORLANDO, a 31 de marzo de 2017.

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: <http://verificacion.cancilleria.gov.co>
Código de Verificación: NRRDZF92328788 - 31/03/2017

Edith Salamanca G.

EDIT SALAMANCA ABRIL
CONSUL DE PRIMERA
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE COLOMBIA
Firmado Digitalmente



República de Colombia



JUZGADO VEINTIDÓS DE FAMILIA
flia22bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
601 3419906

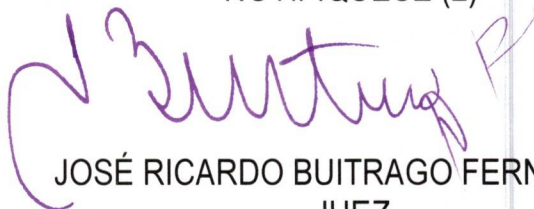
- 1 DIC 2021

Bogotá, D. C. _____

REF: CESACION EFECTOS CIVILES DE MATRIMONIO
No. 11001-31-10-022-2021-00672-00

De las excepciones previas propuestas por la parte demandada, córrase traslado a la parte actora en la forma prevista por el artículo 110 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE (2)

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'J. Buitrago', is written over the printed name of the judge.

JOSÉ RICARDO BUITRAGO FERNÁNDEZ
JUEZ