

## PROCESO: 2021-045

rosalba tejeiro <rthliliana@hotmail.com>

Vie 22/10/2021 11:02

Para: Juzgado 01 Familia - Meta - Villavicencio <fam01vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>; ariasferney@yahoo.com <ariasferney@yahoo.com>

Cordial saludo,

Remito para su tramite

Atentamente,

ROSALBA TEJEIRO

Señores  
JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO  
Doctor PABLO GERARDO ARDILA VELASQUEZ  
E.S.D

REF.PROCESO NRO. 2021 00045 00  
DTE: CAMILO ALBERTO MEDINA URQUIJO  
DDA: DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS

**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**, mayor de edad, vecina de este Municipio, identificada con cedula de ciudadanía numero 21.239.796 expedida en Villavicencio, abogada en ejercicio, con Tarjeta Profesional número 125.018 de C. s. de la J., actuando mediante Poder conferido por la señora **DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**, identificada con cedula de ciudadanía número 1.121.847.100, residente y domiciliada en el estado New Jersey East Orange 76 Washington st Apto.102 código postal 07017, mediante el presente escrito, me permito dar respuesta a la demanda de la referencia.

**A LOS HECHOS**

**HECHO PRIMERO.** – Es cierto.

**HECHO SEGUNDO.** - Es cierto.

**HECHO TERCERO.** - mi representada viajo a EE.UU. Por insistencia constante del padre del menor Santiago Medina Quiroz, señor Camilo Alberto Medina, ya que al tener la visa podía trabajar y así solventar la crisis económica que estaban atravesando.

No es cierto que viajo el 4 de mayo de 2018, como lo afirma el señor Camilo Alberto Medina. La fecha del viaje fue el 04 de mayo del 2019.

**HECHO CUARTO.** - Parcialmente cierto. El cuidado del menor Santiago Medina Quiroz, es compartido con la señora EDELMIRA LEMUS, abuela materna del menor.

**HECHO QUINTO.** - Es cierto.

**HECHO SEXTO-**

a) No es cierto que lo recoja en el conjunto Amarillo Arauco, de esta ciudad, la señora Edelmira Lemus, abuela del menor Santiago Medina Quiroz, reside en el conjunto cerrado Montecarlo Reservado de esta ciudad.

b). - No es cierto. - Para el año 2018 la señora **DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS** estaba viviendo en Villavicencio, en compañía de su menor hijo Santiago Medina Quiroz y del padre del menor señor Camilo Alberto Medina Urquijo.

c). - Es cierto.

d). - No es cierto. Porque para la fecha 15 de marzo del 2019, mi poderdante se encontraba viviendo en Villavicencio. El primer caso de COVID 19 se conoció en la ciudad de Bogotá el seis (06) de marzo del 2020.

e). - Es cierto.

f). – Parcialmente cierto. Lo recoge el día domingo a las 8.p.m.

g). - Es cierto.

**HECHO SEPTIMO.** - Parcialmente cierto. Mi poderdante, por medio de video llamadas que realiza a diario se comunica con su menor hijo Santiago Medina Quiroz, para saber cómo le fue en el colegio, si tomo sus onces y almorzó, le pregunta si lo que comió le gusto, entre ambos desarrollan los talleres que dejan en el colegio, siempre ha estado pendiente del diario vivir de su menor hijo, el hecho de encontrarse en un país diferente no le ha impedido cumplir con sus obligaciones como madre. Es así que tiene comunicación permanente con su señora madre EDELMIRA LEMUS para estar enterada de todo lo que suceda alrededor y concerniente de su menor hijo Santiago Medina Quiroz.

Para el año 2019 la señora Diana Paola Quiroz Lemus, giraba dinero a la cuenta número 05700070885 del Banco Colombia, titular CAMILO ALBERTO MEDINA URQUIJO, para que este los distribuyera en los gastos del menor Santiago Medina Quiroz "alimentos congruos

y necesarios”, mejorara el establecimiento de comercio que dejo en “usufruto” a nombre de su compañero señor CAMILO ALBERTO MEDINA URQUIJO.

Señor Juez, quiero manifestarle que el menor Santiago Medina Quiroz permanece en el colegio desde las 7 a.m. hasta las 3 p.m., es decir, toma sus alimentos en el colegio. A las 3 p.m. el recorrido lo deja donde su abuela materna señora EDELMIRA LEMUS, donde su padre señor CAMILO ALBERTO MEDINA lo recoge entre las 8 p.m. a 9 p.m. ya comido y listo para dormir. Sus uniformes son entregados lavados y planchados diariamente.

**HECHO OCTAVO.** - Es cierto. Según lo manifestado por la madre del menor, la relación con el señor CAMILO ALBERTO MEDINA, padre de su menor hijo, se fue deteriorando hasta el punto que el señor Camilo Alberto la llamaba constantemente, Maltratándola psicológicamente, amenazándola que le iba a quitar al niño y con el temor que se lo llevará fuera del país le hizo tomar la decisión de pedir la custodia del menor Santiago Medina Quiroz, en cabeza de su señora madre EDELMIRA LEMUS, abuela materna del niño.

**HECHO NOVENO.** - Que se pruebe. La señora DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS, nunca ha evadido la responsabilidad de madre, ni siquiera cuando estuvo en la clínica afectada por el Covid 19.

Paga el Colegio y el recorrido de su menor hijo, Santiago Medina Quiroz, paga el servicio de Internet en la casa de su señora madre, para que el niño disfrute de los canales de televisión, por medio de encomienda le envía ropa y juguetes en fechas especiales (cumpleaños y navidad), paga los gastos que ocasiona la salida del menor a juegos en los centros comerciales, piscina etc. de la ciudad de Villavicencio, (recreación). Paga todo lo relacionados a la alimentación de su menor hijo. Para todos estos gastos le gira a su señora madre EDELMIRA LEMUS, abuela materna del menor SANTIAGO MEDINA QUIROZ, lo tiene afiliado mediante contrato numero 500024559 Servicio de medicina prepagada COLMEDICA.

#### **A LAS PRETENCIONES**

Calle 38 número 16B-45 Barrio Madrigal-Villavicencio-Meta  
correo electrónico [rthliliana@hotmail.com](mailto:rthliliana@hotmail.com) tel..móvil 3158274301



1.- Esta pretensión no está llamada a prosperar, por lo siguiente:

La Custodia y cuidado personal del menor SANTIAGO MEDINA QUIROZ, identificado con NUIP 1.230.342.752, nacido en esta ciudad, el 1 de julio de 2016, siempre ha estado de forma compartida con la madre del menor, señora DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS, pero al encontrarse fuera del país desde el 04 de mayo del 2019 (dos años y cinco meses) su abuela materna

La señora EDELMIRA LEMUS, lo cuida todos los días, incluyendo festivos y fines de semana, ya que el señor CAMILO ALBERO MEDINA URQUIJO, lo recoge entre las 8 p.m. y 9 p.m.

2.- Nos oponemos a esta pretensión.

La progenitora del menor DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS, ha cumplido y viene cumpliendo con la obligación y derechos que la Ley impone a los padres sobre sus hijos-

3.- No hay ninguna objeción a esta pretensión. Estamos de acuerdo.

4.- Señor Juez, con el debido respeto, quiero manifestarle que mi poderdante señora DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS, no tiene un trabajo estable, por lo tanto, no tiene un salario fijo, se encuentra en EE.UU. trabajando de forma ilegal, tiene gastos, debe pagar arriendo, alimentación y servicios médicos, además tiene la obligación con su menor hija ALEXANDRA NICOLLE CASTAÑEDA QUIROZ El único alimento que debe proveerle el señor CAMILO ALBERTO, a su menor hijo es el desayuno, todo lo demás lo paga la señora DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS.

#### **EXCEPCION DE MERITO**

#### **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION.**

Mi poderdante, señora DIANA QUIROZ LEMUS, paga los gastos de alimentación y recreación del menor SANTIAGO MEDINA QUIROZ, por intermedio de su señora madre

Calle 38 número 16B-45 Barrio Madrigal-Villavicencio-Meta  
correo electrónico [rthliliana@hotmail.com](mailto:rthliliana@hotmail.com) tel..móvil 3158274301

señora EDELMIRA LEMUS, abuela materna del menor, entre otros gastos:

|                                                                        |                |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| COLMEDICA.....                                                         | \$ 249.195,00  |
| COLEGIO GIMNASIO CAMPESTRE CARRILLO SAS.(mensualidad).....             | \$ 570.000.00  |
| MATRICULA, PAQUETE ESCOLAR, PENSION DE FEBRERO Y TRES TEXTOS.<br>..... | \$1.860.000.00 |
| RECIBO DE INTERNET .....                                               | \$ 113.900.00  |

Además, señor juez, envía dos veces al año encomienda que contiene ropa y juguetes para el niño.

### PRUEBAS

#### DOCUMENTALES

1.- Comprobante de giros enviados al señor CAMILO ALBERTO MEDINA URQUIJO, en las siguientes fechas:

- 03.28.2020 COP 819600.00
- 04.13.2020 COP 1000000.00
- 06.02.2020 COP 200000.00
- 07.30.2020 COP 1500000.00
- 09.28.2020 COP 750371.28
- 10.16.2020 COP 1000000.00

2.- DERECHO DE PETICION- dirigido al Banco de Colombia, Villavicencio-Meta.

3.-Derecho de Petición dirigido a Migración Colombia.

4.-Factura electrónica de Venta GIMNASIO CAMPESTRE OCARILLO SAS (6 folios)

5.-Comprobante de remesa 328992680 de fecha 21/12/20

6.- Comprobante de remesa 329022957 de fecha 23/12/20

7.- Comprobante de remesa 330465656 de fecha 29/06/21

8.- Registro civil de nacimiento serial 40384822 de NICOLLE ALEXANDRA CASTANEDA QUIROZ

9.- Comprobante de pago CLARO

- 10.- Comprobante de pago COLMEDICA.
- 11.- Tiquetes aéreo: Bogota -Miami fecha 04 de mayo del 2019  
Miami a New York fecha 04 de mayo de 2019
- 12.- Comprobante de Most Recent date of Entry: 2019 may 04 Admit Until Date: 11/03/2019
- 13.- Videos donde se comprueba el contenido de las cajas (ropa y juguetes)
- 14.- Registro Fotografico de las comunicaciones sostenidas entre mi representada y su menor hijo.
- 14.- Comprobante de compra de tiquetes aéreos a nombre de CASTAÑEDA QUIROZ NICOLLE.

La señora **DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**, tiene gastos de arriendo, servicios médicos, vestuario y alimentación etc. Para mayor ilustración anexamos las siguientes pruebas:

- Factura de compra de mercado para un promedio de 10 días, desayuno, almuerzo y comida de fecha Octubre 02 del 2020 subtotal \$300.37 valor del dólar 3.469. Para un total de \$1.132.094.53

Cuentas de cobro por atención médica a consecuencias del COV19 (6 folios)

### TESTIMONIALES

Sírvase señor juez, con el debido respeto, recepcionar declaración de la señora EDELMIRA LEMUS, mayor de edad, domiciliada en esta ciudad, identificada con cédula de ciudadanía número 21.225.070 expedida en Villavicencio, residente en el Conjunto cerrado Montecarlos Reservado calle 29 Nro. 44ª-50 casa A13 celular 3118727693, quien podrá ser citada por mi intermedio. Bajo gravedad de juramento, manifiesto que la señora EDELMIRA LEMUS, no tiene correo electrónico.

### INTERROGATORIO

Solicito señor Juez, fijar hora y fecha para que en audiencia el señor demandante **CAMILO ALBERTO MEDINA URQUIJO** absuelva interrogatorio que personalmente le formularé.

**PETICION ESPECIAL**

De manera respetuosa, solicito al señor Juez, que la CUSTODIA Y CUIDADO del menor SANTIAGO MEDINA QUIROZ, sea compartida entre la madre y el padre, en procura de privilegiar el interés superior y los derechos prevalentes del menor, para que ambos padres contribuyan de forma activa al cuidado, amor, la crianza y la orientación del menor.

Si bien, este tipo de custodia no le garantiza al menor una comunicación fluida y constante, con la madre no residente, si asegura que ambos padres participen de manera activa en su vida y se tengan que poner de acuerdo para tomar decisiones, buscando siempre el bienestar del menor.

arts. 5,42,44,93 C.N., art.23 CIA, art.253 C.C. T.384-18 C.C.

**ANEXOS**

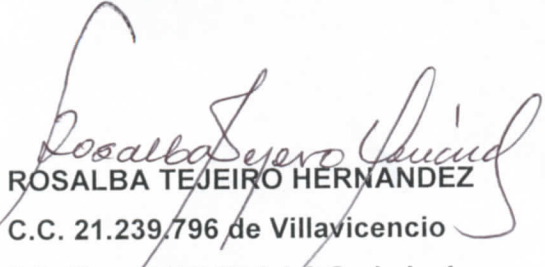
- Poder a mi favor
- Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

**NOTIFICACIONES**

Mi poderdante Estado de New Jersey East Orange 76 Washington, st apto.102 código postal 07017 cel. 201 3548973 correo electrónico: [Paolaquiroz1030@icloud.com](mailto:Paolaquiroz1030@icloud.com)

La suscrita puede ser notificada en la calle 38 Número 16B-45 Barrio Madrigal, de esta ciudad. Correo electrónico [rthiliana@hotmail.com](mailto:rthiliana@hotmail.com) Tel. móvil: 3158274301

Cordialmente,



ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ

C.C. 21.239.796 de Villavicencio

T.P. Nro. 125.018 del C.S. de la J.







Señores

**JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA**

**PALACIO DE JUSTICIA**

Villavicencio-Meta

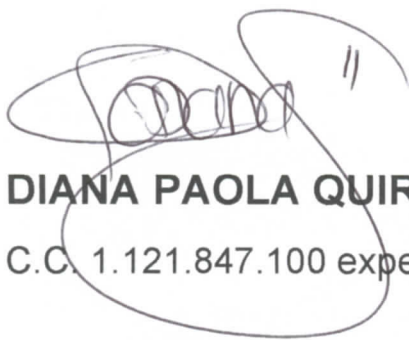
**DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número **1.121.847.100** expedida en la ciudad de Villavicencio, Meta, residente en Washington st Apartamento 102 East Orange Estado: New Jersey, mediante el presente escrito, confiero PODER especial, amplio y suficiente a la Doctora **ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**, abogada en ejercicio, identificada con cédula de ciudadanía número **21.239.796** expedida en la ciudad de Villavicencio, Meta, con T.P Nro. **125.018** del C.S de la J., para que en mi nombre y representación y en el de mi menor hijo **SANTIAGO MEDINA QUIROZ**, identificado con NUIP 1,230.342.752, conteste, trámite y lleve hasta su terminación demanda presentada en mi contra por el señor **CAMILO ALBERTO MEDINA URQUIJO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 86,086.051 expdida en la ciudad de Villavicencio, Meta.

Mi apoderada queda facultada para transigir, conciliar, renunciar, reasumir, sustituir, solicitar y aportasr pruebas y testimonios, interrogar y en general todas aquellas facultades necesarias para el buen

desarrollo de la gestión encomendada y demás facultades conforme a lo establecido en el art. 77 del C.G. del P.

Sírvase señor Juez reconocer personería a mi apoderada en los términos del art. 74 del C.G. del P.

Atentamente;



**DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**

C.C. 1.121.847.100 expedida en Villavicencio-Meta



ACEPTO:



**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**

C.C. 21.239.796 expedida en Villavicencio-Meta

T.P.Nro. 125.018 del C.S. de la J.

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA  
NEWARK - ESTADOS UNIDOS  
RECONOCIMIENTO DE FIRMA  
REC. DE FIRMA EN DOCUMENTO PRIVADO



En la ciudad de NEWARK el 02 octubre 2021 12:40 PM compareció ante el consulado DANA PAOLA QUIROZ LEMUS identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 1121847100, VILLAVICENCIO - META, quien manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y que asume el contenido del mismo. Con destino a: A QUIEN INTERESE.

El Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, no asume responsabilidad por el contenido del documento.

Firma del Interesado

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE COLOMBIA  
DIEGO FERNANDO MORA ARANGO  
MINISTRO CONSEJERO

Firmado Digitalmente



|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Derechos        | USD 12.00 |
| FONDO ROTATORIO | USD 12.00 |
| TIMBRE          | USD 0.00  |

Fecha de Expedición: 02 octubre 2021

Impresión No.: 1

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: <http://verificacion.cancilleria.gov.co>  
Código de Verificación:FDVKC1140682

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.239.796**  
**TEJEIRO HERNANDEZ**

APELLIDOS

**ROSALBA**

NOMBRES

*Rosalba Tejeiro Hernandez*

FIRMA



**222411**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
**TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO**

**125018**

Tarjeta No.

**29/09/2003**

Fecha de  
Expedicion

**15/08/2003**

Fecha de  
Grado

**ROSALBA**

**TEJEIRO HERNANDEZ**

**21239796**

Cedula

**META**

Consejo Seccional

**COOPERATIVA BOGOTA**

Universidad

*[Signature]*  
Presidente Consejo Superior  
de la Judicatura



*Rosalba Tejeiro Hernandez*







INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

18-MAY-1954

**SINCELEJO**  
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**F**

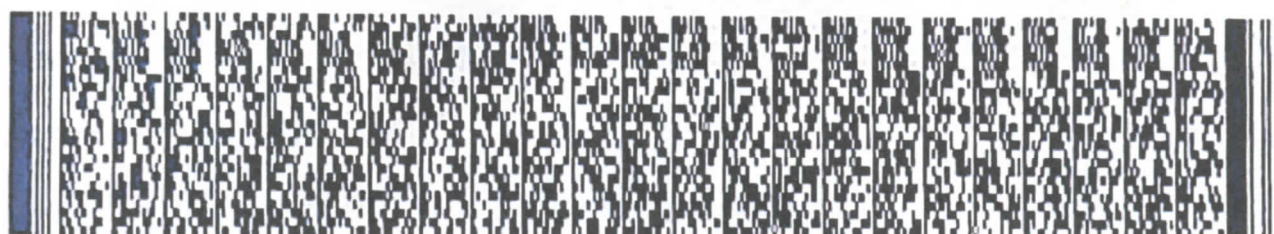
SEXO

**12-JUN-1979 VILLAVICENCIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200100-00268914-F-0021239796-20101203

0025087894A 1

35325135

FESA SA

07/2003-26722

**41624**

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO  
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA  
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971  
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.**

**SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR  
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR  
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO  
NACIONAL DE ABOGADOS.**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.847.100

QUIROZ LEMUS

APELLIDOS

DIANA PAOLA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1988

VILLAVICENCIO  
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

A+

G.S. RH

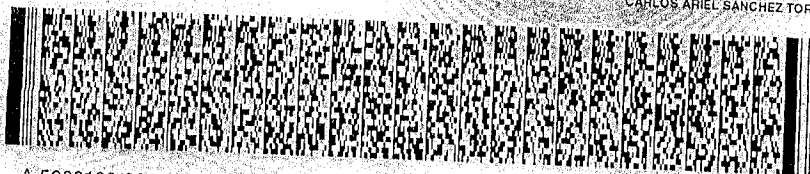
F

SEXO

07-DIC-2006 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5200100-00171637-F-1121847100-20090821

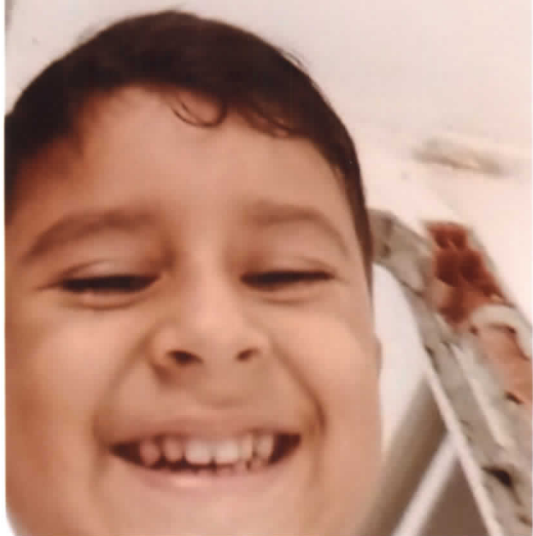
0015263994A 2

28446360



10:43

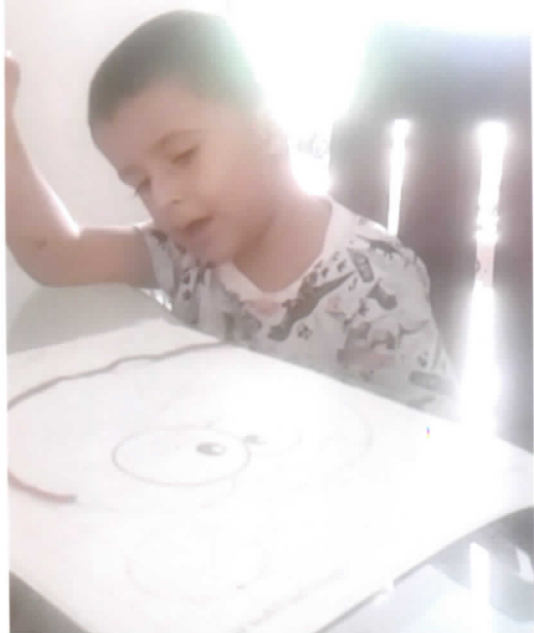
LTE

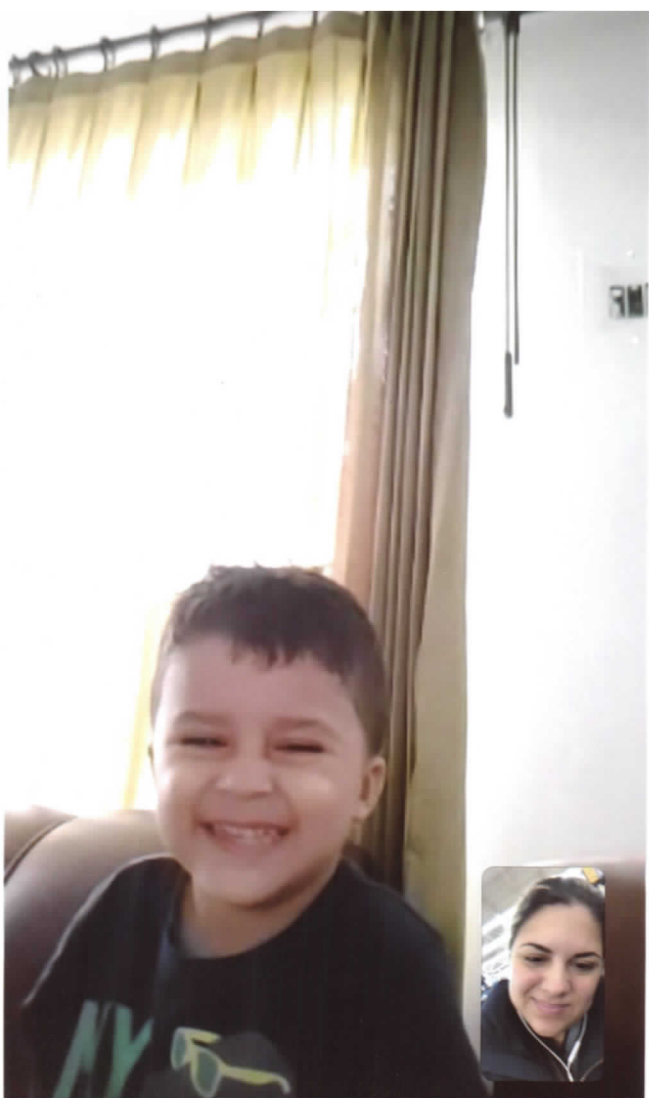


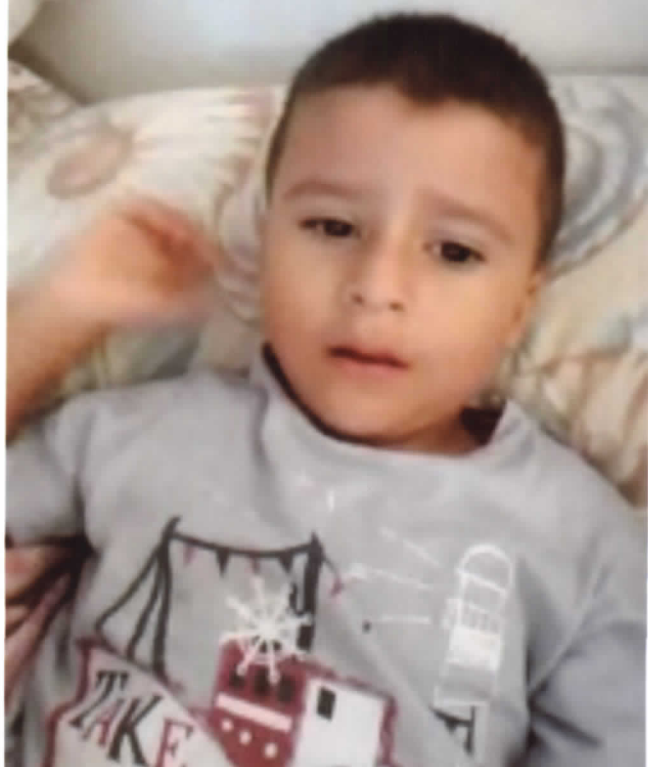
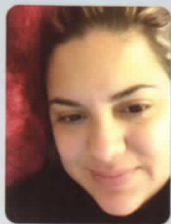




3:53







Pase de abordar/

Boarding pass

CASTANEDA QUIROZ/NICOLL

AV 4808



Reserva/ Booking: 27Q3AV

| Sala / Gate | Hora en sala / Time at gate | Grupo / Group | Asiento / Seat |
|-------------|-----------------------------|---------------|----------------|
| 90E         | 09:31                       | G             | 23D            |

Verificar la sala en las pantallas de la aerolínea o en el aeropuerto.   
 Check the gate on the airport screens or at the airport.   
 15 minutos antes de la salida del vuelo.   
 15 minutes before departure.

BOG BOGOTA

MIE/WED: 06 JAN:09:1h

BOGOTA EL DORADO INTL, T1

VV

MIE/WED: 06 JAN:09:1h

VILLAVIEJA GUARDIA

TU TALLA M INCLUYE

Equipaje de mano /   
 Carry-on baggage

LA SALA DE ABORDAJE CIERRA   
 BOARDING GATE CLOSES   
 15 min Antes de la salida del vuelo   
 Before departure

Equipaje de bodega /   
 Checked baggage

E-TKT: 19750428801

Frequent flyer:

Status:

SEC: 4

Operado / Operated by:

AVIANCA EXPRESS

Vendido por / Sold as:

Pase de aborBoarding pasCASTANEDA QUIROZ/NICOLLE

AV 9802



Reserva Boo

27Q3AV

| Sala / Gate | Hora en sala / Time at gate | Grupo / Group | Asiento / Seat |
|-------------|-----------------------------|---------------|----------------|
| 3           | 12:30                       | J             | 10K            |

Verifica la Sala en las pantallas del aeropuerto. / Check the airport screens  
 Cierre de puerta 15 MIN antes del vuelo. / Gate closes 15 min before departure

LET Leticia

DOM/SUN, 05 JAN 14:45

LETICIA ALFREDO V COBB INTL

BOG Bogotá

BOGOT

,T1

E. T. Ticket 1330101

E. T. Ticket 1330101

E. T. Ticket

E. T. Ticket

Operado por / Operat

AVIANCA

Vendido por / S

TU TALLA M INCLUYE

Equipaje de mano /  
Carry-on baggage

1x10kg

LA SALA DE ABORDAJE CIERRA  
BOARDING GATE CLOSES15  
minAntes de la  
salida del vuelo  
Before departureEquipaje de bodega /  
Checked baggage

1x23kg





7001 Village Drive, Suite  
Buena Park, CA 90610  
PHONE 1(800) 500-3894 FAX 1(800) 381-7

# Orders

8/20/2019 - 9/13/2021

Page 1 of

9/23/2021 1:13:28

| Customer                                                                            | Order                                                                           | Agent                                    | Beneficiary                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Diana Quiroz Lemus</b><br>3 Chestnut St<br>West Orange NJ 07052<br>1-973 8746966 | 3/28/2020<br><b>US296537936</b><br><b>USD 209.00</b><br><b>COP 819600.00</b>    | Orange Cyber Café & Variety Lic<br>NJ949 | Camilo Medina Urquijo<br>Villavicencio CO |
| <b>Diana Quiroz Lemus</b><br>3 Chestnut St<br>West Orange NJ 07052<br>1-201 3548973 | 4/13/2020<br><b>US535919336</b><br><b>USD 265.23</b><br><b>COP 1000000.00</b>   | Orange Cyber Café & Variety Lic<br>NJ949 | Camilo Medina Urquijo<br>Villavicencio CO |
| <b>Diana Quiroz Lemus</b><br>3 Chestnut St<br>West Orange NJ 07052<br>1-201 3548973 | 6/2/2020<br><b>US1664448936</b><br><b>USD 57.61</b><br><b>COP 200000.00</b>     | Orange Cyber Café & Variety Lic<br>NJ949 | Camilo Medina Urquijo<br>Villavicencio CO |
| <b>Diana Quiroz Lemus</b><br>3 Chestnut St<br>West Orange NJ 07052<br>1-201 3548973 | 7/30/2020<br><b>US1055988340</b><br><b>USD 416.17</b><br><b>COP 1500000.00</b>  | Orange Cyber Café & Variety Lic<br>NJ949 | Camilo Medina Urquijo<br>Villavicencio CO |
| <b>Diana Quiroz Lemus</b><br>3 Chestnut St<br>West Orange NJ 07052<br>1-201 3548973 | 9/28/2020<br><b>US505380141</b><br><b>USD 200.00</b><br><b>COP 750371.28</b>    | Orange Cyber Café & Variety Lic<br>NJ949 | Camilo Medina Urquijo<br>Villavicencio CO |
| <b>Diana Quiroz Lemus</b><br>3 Chestnut St<br>West Orange NJ 07052<br>1-201 3548973 | 10/16/2020<br><b>US1001672841</b><br><b>USD 267.51</b><br><b>COP 1000000.00</b> | Orange Cyber Café & Variety Lic<br>NJ949 | Camilo Medina Urquijo<br>Villavicencio CO |

Villavicencio, 18 de octubre del 2021

Bancolombia

2021 OCT 20 P 12:59

Señor **GERENTE**

**BANCO DE COLOMBIA VILLAVICENCIO-META**

E.

S.

D.

Respetado Señor Gerente:

REF. **DERECHO DE PETICION**

**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 21.239.796, expedida en Villavicencio, Meta, Abogada en ejercicio con T.P. Nro. 125.018 del C.S. de la J. mediante el poder conferido por la señora **DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**, identificada con cédula de ciudadanía 1.121.847.100, residente en la ciudad de WASHINGTON SI Apartamento 102 EAST Orange estado de New Jersey, me permito presentar ante su Despacho la siguiente solicitud, la cual tiene como fundamento en el **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICION**, consagrado en la Constitución Política en su artículo 23 en armonía con lo establecido en el Código Administrativo y demás normas concordantes, para que se me informe lo siguiente:

- 1.- Titular de la cuenta de ahorros número 05700070885
- 2.- Fecha de apertura de la citada cuenta.
- 3.- Giros recibidos en moneda extranjera desde la apertura hasta la fecha, nombre de la persona que los gira o en caso contrario su identificación y lugar de envió.

**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**  
**ABOGADA**

De manera respetuosa, me permito solicitar que la respuesta al Derecho de Petición debe ser enviada al **JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO** de Villavicencio, **PALACIO DE JUSTICIA** para que obre dentro del proceso número **2021-00045 00**

### **PRUEBAS**

Poder conferido por la señora **DIANA PAOLA QUIROZLEMUZ**, CONFORME AL Decreto 806 del 2020.

### **NOTIFICACIONES**

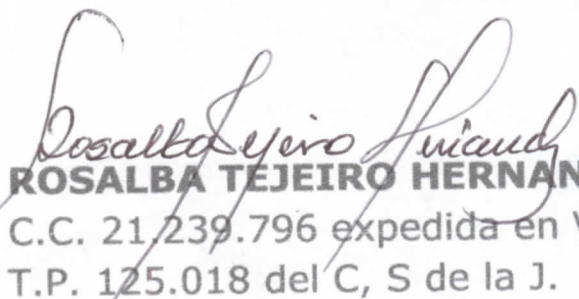
Recibo notificaciones correo electrónico  
[rthliliana@hotmail.com](mailto:rthliliana@hotmail.com)

Teléfono móvil: 3158274301

### **ANEXO**

Las relacionadas en el acápite de pruebas.

Cordialmente;



**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**  
C.C. 21.239.796 expedida en Villavicencio  
T.P. 125.018 del C, S de la J.

**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**  
**ABOGADA**

# DERECHO DE PETICION

rosalba tejeiro <rthliliana@hotmail.com>

Jue 21/10/2021 3:10 PM

Para: servicio.ciudadano@migracioncolombia.gov.co  
<servicio.ciudadano@migracioncolombia.gov.co>;  
noti.judiciales@migracioncolombia.gov.co  
<noti.judiciales@migracioncolombia.gov.co>

 1 archivos adjuntos (3 MB)

Derecho de Peticion.pdf;

ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ  
ABOGADA

Villavicencio, 19 de octubre del 2021

Señores

**EMIGRACIÓN COLOMBIA  
BARRIO EL BARZAL  
VILLAVICENCIO-META**

E.

S.

D.

Respetado Señores:

**REF. DERECHO DE PETICION**

**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 21.239.796, expedida en Villavicencio, Meta, Abogada en ejercicio con T.P. Nro. 125.018 del C.S. de la J. de acuerdo al poder conferido por la señora **DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**, identificada con cédula de ciudadanía 1.121.847.100, residente en la ciudad de WASHINGTON SI, Apartamento 102 EAST Orange estado de New Jersey, presento ante su Despacho **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICION**, consagrado en la Constitución Política en su artículo 23, en armonía con lo establecido en el Código Administrativo y demás normas concordantes, con destino al proceso N° 2021-00045 00 que se tramita ante el juzgado primero de familia de la ciudad de Villavicencio.



ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ  
ABOGADA

## PETICIONES

1. Expídase certificación de salida del país de la señora DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS identificada con C.C. 1.121.847.100 y lugar de destino.

## ANEXOS

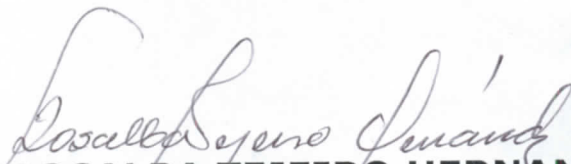
Poder conferido por la señora **DIANA PAOLA QUIROZLEMUZ**, CONFORME AL Decreto 806 del 2020.

## NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones correo electrónico  
[rthliliana@hotmail.com](mailto:rthliliana@hotmail.com)

Teléfono móvil: 3158274301

Cordialmente;



**ROSALBA TEJEIRO HERNANDEZ**

C.C. 21.239.796 expedida en Villavicencio  
T.P. 125.018 del C, S de la J.



Representación Gráfica  
**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

Datos del Documento      Número de Factura: GICO-12      Código Único de Factura - CUFE: 7534c55f9e71853249b5bbc39a9dd6aa039fd46770019636c33e4d07769233e54c1c1d7677d603328c25bfc8525f5454

Fecha de Emisión      22/02/2021      Fecha de Vencimiento      22/02/2021  
Tipo de Operación      Generica      Prefijo      GICO  
Tipo de Negociación      Contado      Medio de Pago      Transferencia Débito Bancaria  
Tipo de Entrega      Entregado en un Lugar

Datos del Emisor      Nit del Emisor: 901366148      Razón Social:      GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS

Nombre Comercial      GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS      Dirección      LT 2 VDA ZURIA CARR DEL AMOR  
Tipo de Contribuyente      Persona Jurídica      Departamento      Meta  
Régimen Contable      Impuesto sobre las ventas - IVA      Correo      contabilidad.gico@gmail.com  
Actividad Económica Principal      8512      Municipio      Villavicencio  
Tipo Responsabilidad      O-07;O-14;O-16      Teléfono      3123606385

Datos del Adquiriente      Nit del Adquiriente: 1121847100      Razón Social:      DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS

Tipo de Documento      Cédula de ciudadanía      Dirección      202 NORTH DAY STREET NEW JERSEY  
Número Documento      1121847100      Departamento      Extranjero  
Nombre Comercial      DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS      Municipio      Extranjero  
Tipo de Contribuyente      Persona Natural      Correo      paolaquiroz1030@icloud.com  
Régimen Contable      No responsable de IVA      Teléfono      12013548973  
Tipo de Responsabilidad      R-99-PN

**Detalles de Productos**

| Nro. | Código     | Descripción                       | U/M | Cantidad | Precio Unitario | Descuento | Recargo | IMPUESTOS |     |     | Valor de Venta por Item |
|------|------------|-----------------------------------|-----|----------|-----------------|-----------|---------|-----------|-----|-----|-------------------------|
|      |            |                                   |     |          |                 |           |         | IVA       | ICA | INC |                         |
| 1    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 800.000,00   |           |         |           |     |     | \$ 800.000,00           |
| 2    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 260.000,00   |           |         |           |     |     | \$ 260.000,00           |
| 3    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 570.000,00   |           |         |           |     |     | \$ 570.000,00           |
| 4    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 70.000,00    |           |         |           |     |     | \$ 70.000,00            |
| 5    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 70.000,00    |           |         |           |     |     | \$ 70.000,00            |
| 6    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 90.000,00    |           |         |           |     |     | \$ 90.000,00            |

**Descuentos y Recargos Globales**

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Monto |
|------|------|--------|-------------|---|-------|
|------|------|--------|-------------|---|-------|

**Datos de Referencia**

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|------------------------------|-------------------|------------------|
|------------------------------|-------------------|------------------|

**Notas Finales**

PAGO DE MATRICULA DE SANTIAGO MEDINA, PAQUETE ESCOLAR, PENSION DEL MES DE FEBRERO Y TRES (3) TEXTOS

**Datos Totales**



|                                 |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| MONEDA                          | COP             |
| TASA DE CAMBIO                  |                 |
| Subtotal Precio Unitario (=)    | \$ 1.860.000,00 |
| Descuentos detalle (-)          | \$ 0,00         |
| Recargos detalle (+)            | \$ 0,00         |
| Subtotal Base gravable (=)      | \$ 0,00         |
| Total impuesto detalle (+)      | \$ 0,00         |
| Total otros impuestos (+)       | \$ 0,00         |
| Total mas impuesto (=)          | \$ 1.860.000,00 |
| Descuento Global (-)            |                 |
| Recargo Global (+)              |                 |
| Valor total de la operación (=) | \$ 1.860.000,00 |

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Número de Autorización: 18764009169383      Rango Autorizado: Desde 1      Rango Autorizado: Hasta 1000      Vigencia: 2021-12-23

Representación Gráfica  
**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

| <b>Datos del Documento</b>                                                                                                                                                       |                                  | <b>Número de Factura:</b> GICO-42      |                               | <b>Código Único de Factura - CUFE:</b> 3f144d40a76f7cd45daf8e6f723f6d37823921b32df7e850c3a92a38f9d0a6598e0de5c39fd1b6b076a923d528cb06fa |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|------------------------------|-----------|-----|-----|-------------------------|-----|------------|--|--|--|--|
| <b>Fecha de Emisión</b>                                                                                                                                                          | 10/03/2021                       | <b>Fecha de Vencimiento</b>            | 10/03/2021                    |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Operación</b>                                                                                                                                                         | Generica                         | <b>Prefijo</b>                         | GICO                          |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Negociación</b>                                                                                                                                                       | Contado                          | <b>Medio de Pago</b>                   | Transferencia Débito Bancaria |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Entrega</b>                                                                                                                                                           | Entregado en un Lugar            |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Datos del Emisor</b>                                                                                                                                                          |                                  | <b>Nit del Emisor:</b> 901366148       |                               | <b>Razón Social:</b> GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS                                                                                   |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Nombre Comercial</b>                                                                                                                                                          | GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS |                                        | <b>Dirección</b>              | LT 2 VDA ZURIA CARR DEL AMOR                                                                                                            |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Contribuyente</b>                                                                                                                                                     | Persona Jurídica                 |                                        | <b>Departamento</b>           | Meta                                                                                                                                    |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Régimen Contable</b>                                                                                                                                                          | Impuesto sobre las ventas - IVA  |                                        | <b>Correo</b>                 | contabilidad.gico@gmail.com                                                                                                             |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Actividad Económica Principal</b>                                                                                                                                             | 8512                             |                                        | <b>Municipio</b>              | Villavicencio                                                                                                                           |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo Responsabilidad</b>                                                                                                                                                      | O-07;O-14;O-16                   |                                        | <b>Teléfono</b>               | 3123606385                                                                                                                              |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Datos del Adquiriente</b>                                                                                                                                                     |                                  | <b>Nit del Adquiriente:</b> 1121847100 |                               | <b>Razón Social:</b> DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS                                                                                           |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Documento</b>                                                                                                                                                         | Cédula de ciudadanía             |                                        | <b>Dirección</b>              | 202 NORTH DAY STREET NEW JERSEY                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Número Documento</b>                                                                                                                                                          | 1121847100                       |                                        | <b>Departamento</b>           | Extranjero                                                                                                                              |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Nombre Comercial</b>                                                                                                                                                          | DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS         |                                        | <b>Municipio</b>              | Extranjero                                                                                                                              |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Contribuyente</b>                                                                                                                                                     | Persona Natural                  |                                        | <b>Correo</b>                 | paolaquiroz1030@icloud.com                                                                                                              |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Régimen Contable</b>                                                                                                                                                          | No responsable de IVA            |                                        | <b>Teléfono</b>               | 12013548973                                                                                                                             |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Responsabilidad</b>                                                                                                                                                   | R-99-PN                          |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Detalles de Productos</b>                                                                                                                                                     |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| Nro.                                                                                                                                                                             | Código                           | Descripción                            | U/M                           | Cantidad                                                                                                                                | Precio Unitario | Descuento               | Recargo                      | IMPUESTOS |     |     | Valor de Venta por Item |     |            |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              | IVA       | ICA | INC |                         |     |            |  |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                | 80110000-8                       | Servicios de enseñanza preescolar      | NIU                           | 1,00                                                                                                                                    | \$ 570.000,00   |                         |                              |           |     |     | \$ 570.000,00           |     |            |  |  |  |  |
| <b>Descuentos y Recargos Globales</b>                                                                                                                                            |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| Nro.                                                                                                                                                                             | Tipo                             | Código                                 | Descripción                   | %                                                                                                                                       | Monto           |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Datos de Referencia</b>                                                                                                                                                       |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Documento Referencia</b>                                                                                                                                              |                                  |                                        | <b>Número Referencia</b>      |                                                                                                                                         |                 | <b>Fecha Referencia</b> |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Notas Finales</b>                                                                                                                                                             |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| PAGO DE PENSIÓN DE ABRIL DE SANTIAGO MEDINA QUIROZ                                                                                                                               |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| <b>Datos Totales</b>                                                                                                                                                             |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
|                                                                                               |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | MONEDA                       |           |     |     |                         | COP |            |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | TASA DE CAMBIO               |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Subtotal Precio Unitario (=) |           |     |     |                         | \$  | 570.000,00 |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Descuentos detalle (-)       |           |     |     |                         | \$  | 0,00       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Recargos detalle (+)         |           |     |     |                         | \$  | 0,00       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Subtotal Base gravable (=)   |           |     |     |                         | \$  | 0,00       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Total impuesto detalle (+)   |           |     |     |                         | \$  | 0,00       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Total otros impuestos (+)    |           |     |     |                         | \$  | 0,00       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Total mas impuesto (=)       |           |     |     |                         | \$  | 570.000,00 |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         | Descuento Global (-)         |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| Recargo Global (+)                                                                                                                                                               |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| Valor total de la operación (=)                                                                                                                                                  |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         | \$              | 570.000,00              |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |
| Generado por: <b>Solución Gratuita DIAN</b><br>Numero de Autorización: 18764009169383      Rango Autorizado: Desde 1      Rango Autorizado: Hasta 1000      Vigencia: 2021-12-23 |                                  |                                        |                               |                                                                                                                                         |                 |                         |                              |           |     |     |                         |     |            |  |  |  |  |



Representación Gráfica  
**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

Datos del Documento      Número de Factura: GICO-73      Código Único de Factura - CUFE: 31159bdc02f3247d66f683571193587d44a97a1e7e0e2a8fae0a7019c7633f392018bcdcb8c7c30561fd4311a5c5f009

Fecha de Emisión      25/03/2021      Fecha de Vencimiento      25/03/2021  
Tipo de Operación      Generica      Prefijo      GICO  
Tipo de Negociación      Contado      Medio de Pago      Efectivo  
Tipo de Entrega      Entregado en un Lugar

Datos del Emisor      Nit del Emisor: 901366148      Razón Social:      GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS

Nombre Comercial      GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS      Dirección      LT 2 VDA ZURIA CARR DEL AMOR  
Tipo de Contribuyente      Persona Jurídica      Departamento      Meta  
Régimen Contable      Impuesto sobre las ventas - IVA      Correo      contabilidad.gico@gmail.com  
Actividad Económica Principal      8512      Municipio      Villavicencio  
Tipo Responsabilidad      O-07;O-14;O-16      Teléfono      3123606385

Datos del Adquiriente      Nit del Adquiriente: 1121847100      Razón Social:      DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS

Tipo de Documento      Cédula de ciudadanía      Dirección      202 NORTH DAY STREET NEW JERSEY  
Número Documento      1121847100      Departamento      Extranjero  
Nombre Comercial      DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS      Municipio      Extranjero  
Tipo de Contribuyente      Persona Natural      Correo      paolaquiroz1030@icloud.co  
Régimen Contable      No responsable de IVA      Teléfono      12013548973  
Tipo de Responsabilidad      R-99-PN

| Detalles de Productos |            |                                   |     |          |                 |           |         |     |                         |               |
|-----------------------|------------|-----------------------------------|-----|----------|-----------------|-----------|---------|-----|-------------------------|---------------|
|                       |            |                                   |     |          |                 | IMPUESTOS |         |     | Valor de Venta por Item |               |
| Nro.                  | Código     | Descripción                       | U/M | Cantidad | Precio Unitario | Descuento | Recargo | IVA | ICA                     | INC           |
| 1                     | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 570.000,00   |           |         |     |                         |               |
|                       |            |                                   |     |          |                 |           |         |     |                         | \$ 570.000,00 |

| Descuentos y Recargos Globales |      |        |             |  |  | % | Monto |
|--------------------------------|------|--------|-------------|--|--|---|-------|
| Nro.                           | Tipo | Código | Descripción |  |  |   |       |

| Datos de Referencia |            |  | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---------------------|------------|--|-------------------|------------------|
| Tipo de Documento   | Referencia |  |                   |                  |

Notas Finales

PAGO PENSION MES DE MAYO DE SANTIAGO MEDINA QUIROZ

| Datos Totales                                                                       |  | MONEDA                          | COP           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------|
|  |  | TASA DE CAMBIO                  |               |
|                                                                                     |  | Subtotal Precio Unitario (=)    | \$ 570.000,00 |
|                                                                                     |  | Descuentos detalle (-)          | \$ 0,00       |
|                                                                                     |  | Recargos detalle (+)            | \$ 0,00       |
|                                                                                     |  | Subtotal Base gravable (=)      | \$ 0,00       |
|                                                                                     |  | Total impuesto detalle (+)      | \$ 0,00       |
|                                                                                     |  | Total otros impuestos (+)       | \$ 0,00       |
|                                                                                     |  | Total mas impuesto (=)          | \$ 570.000,00 |
|                                                                                     |  | Descuento Global (-)            |               |
|                                                                                     |  | Recargo Global (+)              |               |
|                                                                                     |  | Valor total de la operación (=) | \$ 570.000,00 |

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Número de Autorización: 18764009169383      Rango Autorizado: Desde 1      Rango Autorizado: Hasta 1000      Vigencia: 2021-12-23

Representación Gráfica  
**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

| <b>Datos del Documento</b>                                                          |                                  | Número de Factura: GICO-120       |                               | Código Único de Factura - CUFE: 4c9aa6b59a9c46ef2d7519992d5ebf60b72cb0c611c44d1a9510d903235533f711d7011de91be619308c6463c7a3f471 |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------|----------------------|-----|-----|-------------------------|----|--------------|--|
| Fecha de Emisión                                                                    | 12/05/2021                       | Fecha de Vencimiento              | 12/05/2021                    |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Operación                                                                   | Generica                         | Prefijo                           | GICO                          |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Negociación                                                                 | Contado                          | Medio de Pago                     | Transferencia Débito Bancaria |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Entrega                                                                     | Entregado en un Lugar            |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| <b>Datos del Emisor</b>                                                             |                                  | Nit del Emisor: 901366148         |                               | Razón Social: GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS                                                                                   |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Nombre Comercial                                                                    | GIMNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Contribuyente                                                               | Persona Jurídica                 |                                   | Dirección                     | LT 2 VDA ZURIA CARR DEL AMOR                                                                                                     |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Régimen Contable                                                                    | Impuesto sobre las ventas - IVA  |                                   | Departamento                  | Meta                                                                                                                             |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Actividad Económica Principal                                                       | 8512                             |                                   | Correo                        | contabilidad.gico@gmail.com                                                                                                      |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo Responsabilidad                                                                | O-07;O-14;O-16                   |                                   | Municipio                     | Villavicencio                                                                                                                    |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
|                                                                                     |                                  |                                   | Teléfono                      | 3123606385                                                                                                                       |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| <b>Datos del Adquiriente</b>                                                        |                                  | Nit del Adquiriente: 1121847100   |                               | Razón Social: DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS                                                                                           |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Documento                                                                   | Cédula de ciudadanía             |                                   | Dirección                     | 202 NORTH DAY STREET NEW JERSEY                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Número Documento                                                                    | 1121847100                       |                                   | Departamento                  | Extranjero                                                                                                                       |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Nombre Comercial                                                                    | DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS         |                                   | Municipio                     | Extranjero                                                                                                                       |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Contribuyente                                                               | Persona Natural                  |                                   | Correo                        | paolaquiroz1030@icloud.co                                                                                                        |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Régimen Contable                                                                    | No responsable de IVA            |                                   | Teléfono                      | 12013548973                                                                                                                      |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Responsabilidad                                                             | R-99-PN                          |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| <b>Detalles de Productos</b>                                                        |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Nro.                                                                                | Código                           | Descripción                       | U/M                           | Cantidad                                                                                                                         | Precio Unitario | Descuento                    | Recargo      | IMPUESTOS            |     |     | Valor de Venta por Item |    |              |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              | IVA                  | ICA | INC |                         |    |              |  |
| 1                                                                                   | 80110000-8                       | Servicios de enseñanza preescolar | NIU                           | 1,00                                                                                                                             | \$ 570.000,00   |                              |              |                      |     |     | \$ 570.000,00           |    |              |  |
| 2                                                                                   | 80110000-8                       | Servicios de enseñanza preescolar | NIU                           | 1,00                                                                                                                             | \$ 570.000,00   |                              |              |                      |     |     | \$ 570.000,00           |    |              |  |
| <b>Descuentos y Recargos Globales</b>                                               |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Nro.                                                                                | Tipo                             | Código                            | Descripción                   | %                                                                                                                                | Monto           |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| <b>Datos de Referencia</b>                                                          |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Tipo de Documento Referencia                                                        |                                  |                                   | Número Referencia             |                                                                                                                                  |                 | Fecha Referencia             |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| <b>Notas Finales</b>                                                                |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| PAGO PENSION MES DE JUNIO Y JULIO DE SANTIAGO MEDINA QUIROZ                         |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| <b>Datos Totales</b>                                                                |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
|  |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | MONEDA COP                   |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | TASA DE CAMBIO               |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | Subtotal Precio Unitario (=) |              |                      |     |     |                         | \$ | 1.140.000,00 |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | Descuentos detalle (-)       |              |                      |     |     |                         | \$ | 0,00         |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | Recargos detalle (+)         |              |                      |     |     |                         | \$ | 0,00         |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | Subtotal Base gravable (=)   |              |                      |     |     |                         | \$ | 0,00         |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | Total impuesto detalle (+)   |              |                      |     |     |                         | \$ | 0,00         |  |
|                                                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | Total otros impuestos (+)    |              |                      |     |     |                         | \$ | 0,00         |  |
| Total mas impuesto (=)                                                              |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | \$                           | 1.140.000,00 |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Descuento Global (-)                                                                |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Recargo Global (+)                                                                  |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Valor total de la operación (=)                                                     |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 | \$                           | 1.140.000,00 |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Generado por: <b>Solución Gratuita DIAN</b>                                         |                                  |                                   |                               |                                                                                                                                  |                 |                              |              |                      |     |     |                         |    |              |  |
| Número de Autorización: 18764009169383                                              |                                  |                                   |                               | Rango Autorizado: Desde 1                                                                                                        |                 | Rango Autorizado: Hasta 1000 |              | Vigencia: 2021-12-23 |     |     |                         |    |              |  |

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

### Datos del Documento

Número de Factura: **GICO-286**

Fecha de Emisión: **23/09/2021**

Tipo de Operación: **Generica**

Tipo de Negociación: **Contado**

Orden de Compra:

Código Único de Factura - CUFE : **d9e274c186219b7d0506b6f1ec94fd0f8c2f99f75a06e70095f19c12d5177276608af7a527d95d4f33b9ab6d9916beb5**

Fecha de Vencimiento: **23/09/2021**

Prefijo: **GICO**

Medio de Pago: **Efectivo**

Fecha orden de compra:

### Datos del Emisor

Tipo de Responsabilidad: **R-99-PN**

Nit del Emisor: **901366148**

Nombre Comercial: **GINNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS**

Responsabilidad tributaria: **1 - IVA**

Tipo de Contribuyente: **Persona Jurídica**

Actividad Económica: **8512**

Teléfono: **3123606385**

Razón Social: **GINNASIO CAMPESTRE OCARRILLO SAS**

Dirección: **LT 2 VDA ZURIA CARR DEL AMOR**

País: **Colombia**

Departamento: **Meta**

Municipio: **Villavicencio**

Correo: **contabilidad.gico@gmail.com**

### Datos del Adquiriente

Nit del Adquiriente: **1121847100**

Tipo de Documento: **Cédula de ciudadanía**

Número Documento: **1121847100**

Nombre Comercial: **DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**

Responsabilidad tributaria: **ZZ - No aplica**

Tipo de Contribuyente: **Persona Natural**

Tipo de Responsabilidad: **R-99-PN**

Razón Social: **DIANA PAOLA QUIROZ LEMUS**

Dirección: **202 NORTH DAY STREET NEW JERSEY**

País: **Estados Unidos**

Departamento: **Extranjero**

Municipio/Ciudad: **Extranjero**

Correo: **paolaquiroz1030@incloud.co**

Teléfono: **12013548973**

### Detalles de Productos

| Nro. | Código     | Descripción                       | U/M | Cantidad | Precio Unitario | Descuento | Recargo | IMPUESTOS |     |       | Valor de Venta por ítem |
|------|------------|-----------------------------------|-----|----------|-----------------|-----------|---------|-----------|-----|-------|-------------------------|
|      |            |                                   |     |          |                 |           |         | IVA       | INC | Bolsa |                         |
| 1    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 570.000,00   |           |         |           |     |       | \$ 570.000,00           |
| 2    | 80110000-8 | Servicios de enseñanza preescolar | NIU | 1,00     | \$ 570.000,00   |           |         |           |     |       | \$ 570.000,00           |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Monto |
|------|------|--------|-------------|---|-------|
|------|------|--------|-------------|---|-------|

### Información Complementaria Extensión

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|-----|--------------|-------------|
|-----|--------------|-------------|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|-----|-------|----------------|
|-----|-------|----------------|

### Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|------------------------------|-------------------|------------------|
|------------------------------|-------------------|------------------|



## Notas Finales

PAGO PENSION MES DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE SANTIAGO MEDINA QUIROZ

Línea de negocio:

## Datos Totales



Documento validado por la DIAN  
23/09/2021 12:16:13

Documento generado el: 23/09/2021  
12:16:11

Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:  
800.197.268

| MONEDA                          | COP             |
|---------------------------------|-----------------|
| TASA DE CAMBIO                  |                 |
| Subtotal Precio Unitario (=)    | \$ 1.140.000,00 |
| Subtotal Base gravable (=)      | \$ 0,00         |
| Total otros impuestos (+)       | \$ 0,00         |
| Monto total impuesto(+)         | \$ 0,00         |
| Total mas impuesto (=)          | \$ 1.140.000,00 |
| Descuento Global (-)            | \$ 0,00         |
| Recargo Global (+)              | \$ 0,00         |
| Valor total de la operación (=) | \$ 1.140.000,00 |

Numero de Autorización: 18764009169383

Rango Autorizado: Desde 1

Rango Autorizado: Hasta 1000

Vigencia: 2021-12-23





**TCC S.A.S.**  
NIT. 860.016.640-4



**REMESA 328992680**



21122020328992680

|               |                                                                   |             |                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
| REMITENTE:    | J&V TRADING GROUP S AS                                            | TELÉFONO:   | 7433509 - 7433509       |
| C.C o NIT:    | 900148614                                                         | BARRIO:     |                         |
| DIRECCIÓN:    | CALLE 23 D # 101 B - 63<br>BOGOTÁ, D.C.(BOGOTA, D.C.-COL)         | COD.POSTAL: |                         |
| DESTINATARIO: | EDELMIRA LEMUS                                                    | TELÉFONO:   | 3118727693 - 3118727693 |
| C.C O NIT:    |                                                                   | BARRIO:     | A S D                   |
| DIRECCIÓN:    | DG 6 SUR # 40A-124 TR 14 AP 104 ARAUCO<br>VILLAVICENCIO(META-COL) | COD.POSTAL: |                         |

OBSERVACIONES DEL REMITENTE (DICE CONTENER):  
JUGUETES Y ROPA

OBSERVACIONES DEL DESTINATARIO:

| FECHA REMESA    | FORMA DE PAGO     | P.REAL:          | P.VOL: | P.FACTURADO:     |
|-----------------|-------------------|------------------|--------|------------------|
| 21/12/2020      | CREDITO EN ORIGEN | 14.38            | 0      | 20               |
| RECIBÍ CONFORME |                   | PAQUETES:        | 1      | PRODUCTO         |
|                 |                   | DOCS. BOOMERANG: | 0      | ZONA             |
|                 |                   | DOCS. DARDOS:    | 0      | RUTA             |
|                 |                   |                  |        | MOVIL - V. LOCAL |
|                 |                   |                  |        | POSICIÓN - LOCAL |
|                 |                   |                  |        | VIAJE LOCAL      |
|                 |                   |                  |        | VIAJE NACIONAL   |
|                 |                   |                  |        | ENVIO NACIONAL   |
|                 |                   |                  |        | ZONA UNICA       |
|                 |                   |                  |        | 03-1             |
|                 |                   |                  |        | 18505 18505      |
|                 |                   |                  |        | 39               |
|                 |                   |                  |        | 1                |
|                 |                   |                  |        | 361751           |

CC/NIT  
QACEPTADO,NOMBRE/SELLO,TELÉFONO

DD/MM/YYYY HH:MM

UNIDADES LOGISTICAS\*\*:

1

BOOMERANG:

DOCTOS. CLTE.  
REFE

REFEVI0332106403  
VIL0332106403

AUTORIZO AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y A RECIBIR INFORMACION A TRAVES DE LOS MEDIOS QUE TCC TIENE HABILITADOS PARA COMUNICARSE CONMIGO, LUEGO DE CONOCER EL MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DISPONIBLE EN <https://www.tcc.com.co/webportal/terminos-y-condiciones> DE NO RECLAMAR LA MERCANCIA INCURRE EN COSTO DE BODEGAJE. ART 129-130 CCo. EL CONTRATO DE TRANSPORTE SE RIGE POR LOS TERMINOS DEL CODIGO DE COMERCIO, EN ESPECIAL POR LO CONSAGRADO EN LOS ARTICULOS 1008, 1009, 1010, 1011, 1027, 1028 DEL CODIGO DE COMERCIO COLOMBIANO. EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD DEL TRANSPORTADOR SERA IGUAL AL VALOR DECLARADO POR EL REMITENTE PARA LA CARGA AFECTADA, DE ACUERDO CON EL CODIGO DE COMERCIO. SERAN RESPONSABLES SOLIDARIAMENTE REMITENTE Y DESTINATARIO POR EL PAGO DE LOS Fletes GENERADOS POR ESTE CONTRATO DE TRANSPORTE. \*\* I & C

-CLIENTE-

VER RESPALDO

## ¡PRECAUCIÓN!

Señor Destinatario: Ayúdenos a evitar el robo de sus mercancías, atendiendo las siguientes recomendaciones.

1. Si la mercancía fue despachada a su nombre, presente su cédula a nuestro representante, de esta manera evitaremos entregarla a una persona diferente a usted. Si el despacho fue hecho para una razón social (nombre de su empresa o negocio) firme nuestra remesa y colóquele el sello de su establecimiento.

**¡No olvide anotar la fecha y hora de entrega!**

2. Una vez haya cumplido con estas recomendaciones, **NO DEVUELVA LA MERCANCÍA QUE HABÍA RECIBIDO** sin antes tomar las siguientes precauciones:

- Comuníquese con nuestro Supervisor de entregas en esta ciudad, con el fin de obtener información sobre la identidad de nuestro funcionario y la validez de este procedimiento.
- Solicite la identificación a quien se la reclama, y confróntela con la que le dio nuestro Supervisor.
- Cuando esté seguro de que al efectuar la devolución no asume ningún riesgo, coloque una nota anulando su firma, tanto en el original como en la copia de nuestra remesa. Nuestro colaborador aceptará gustoso este procedimiento.



**TCC S.A.S.**  
NIT. 860.016.640-4



**REMESA 329022957**



23122020329022957

|               |                                                                   |             |                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
| REMITENTE:    | J&V TRADING GROUP S AS                                            | TELÉFONO:   | 7433509 - 7433509       |
| C.C o NIT:    | 900148614                                                         | BARRIO:     |                         |
| DIRECCIÓN:    | CALLE 23 D # 101 B - 63<br>BOGOTÁ, D.C.(BOGOTA, D.C.-COL)         | COD.POSTAL: |                         |
| DESTINATARIO: | EDELMIRA LEMUS                                                    | TELÉFONO:   | 3118727693 - 3118727693 |
| C.C O NIT:    |                                                                   | BARRIO:     | A S D                   |
| DIRECCIÓN:    | DG 6 SUR # 40A-124 TR 14 AP 104 ARAUCO<br>VILLAVICENCIO(META-COL) | COD.POSTAL: |                         |

OBSERVACIONES DEL REMITENTE (DICE CONTENER):  
JUGUETES Y ROPA

OBSERVACIONES DEL DESTINATARIO:

AUTORIZO AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y A RECIBIR INFORMACION A TRAVES DE LOS MEDIOS QUE TCC TIENE HABILITADOS PARA COMUNICARSE CONMIGO, LUEGO DE CONOCER EL MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DISPONIBLE EN <https://www.tcc.com.co/webportal/terminos-y-condiciones> DE NO RECLAMAR LA MERCANCIA INCURRE EN COSTO DE BODEGAJE. ART 129-130 CCo. EL CONTRATO DE TRANSPORTE SE RIGE POR LOS TERMINOS DEL CODIGO DE COMERCIO, EN ESPECIAL POR LO CONSAGRADO EN LOS ARTICULOS 1008, 1009, 1010, 1011, 1027, 1028 DEL CODIGO DE COMERCIO (CONMERCIO) EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD DEL TRANSPORTADOR SERA IGUAL AL VALOR DECLARADO POR EL REMITENTE PARA LA CARGA AFFECTADA DE ACTUACION

|              |                   |         |        |              |
|--------------|-------------------|---------|--------|--------------|
| FECHA REMESA | FORMA DE PAGO     | P.REAL: | P.VOL: | P.FACTURADO: |
| 23/12/2020   | CREDITO EN ORIGEN | 17.08   | 0      | 20           |

RECIBÍ CONFORME

PAQUETES:  
DOCS. BOOMERANG:  
DOCS. DARDOS:

1  
0  
0

PRODUCTO  
ZONA  
RUTA  
MOVIL - V. LOCAL  
POSICIÓN - LOCAL  
VIAJE LOCAL  
VIAJE NACIONAL

ENVIO NACIONAL  
ZONA UNICA  
09-1  
18473 18473  
85  
1  
362093

14-104

CC/NIT  
QACEPTADO, NOMBRE/SELLO, TELÉFONO

DD/MM/YYYY HH:MM

UNIDADES LOGISTICAS\*\*:

1

BOOMERANG:

DOCS. CLTE.  
REFE

REFE VIL0332106404  
VIL0332106404

CLIENTE

WEB DECDALDO

## ¡PRECAUCIÓN!

Señor Destinatario: Ayúdenos a evitar el robo de sus mercancías, atendiendo las siguientes recomendaciones.

1. Si la mercancía fue despachada a su nombre, presente su cédula a nuestro representante, de esta manera evitaremos entregarla a una persona diferente a usted. Si el despacho fue hecho para una razón social (nombre de su empresa o negocio) firme nuestra remesa y colóquele el sello de su establecimiento.

**¡No olvide anotar la fecha y hora de entrega!**

2. Una vez haya cumplido con estas recomendaciones, **NO DEVUELVA LA MERCANCÍA QUE HABÍA RECIBIDO** sin antes tomar las siguientes precauciones:

- Comuníquese con nuestro Supervisor de entregas en esta ciudad, con el fin de obtener información sobre la identidad de nuestro funcionario y la validez de este procedimiento.
- Solicite la identificación a quien se la reclama, y confróntela con la que le dio nuestro Supervisor.
- Cuando esté seguro de que al efectuar la devolución no asume ningún riesgo, coloque una nota anulando su firma, tanto en el original como en la copia de nuestra remesa. Nuestro colaborador aceptará gustoso este procedimiento.



**TCC S.A.S.**  
NIT. 860.016.640-4



**REMESA 330465656**



29062021330465656

|               |                                                   |             |                         |
|---------------|---------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
| REMITENTE:    | J&V TRADING GROUP S AS                            | TELÉFONO:   | 7433509 - 7433509       |
| C.C o NIT:    | 900148614                                         | BARRIO:     |                         |
| DIRECCIÓN:    | CALLE 23 D # 101 B - 63                           | COD.POSTAL: |                         |
|               | BOGOTÁ, D.C.(BOGOTA, D.C.-COL)                    |             |                         |
| DESTINATARIO: | EDELMIRA LEMUS                                    | TELÉFONO:   | 3118727693 - 3118727693 |
| C.C O NIT:    |                                                   | BARRIO:     | ALTOS DE VILLA CODEM    |
| DIRECCIÓN:    | CL 29 # 44 A - 50 CS A13 CJ RESERVADO MONTE CARLO | COD.POSTAL: |                         |
|               | VILLAVICENCIO(META-COL)                           |             |                         |

OBSERVACIONES DEL REMITENTE (DICE CONTENER):  
ROPA, ZAPATOS Y JUGUETES

OBSERVACIONES DEL DESTINATARIO:

AUTORIZO AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y A RECIBIR INFORMACION A TRAVES DE LOS MEDIOS QUE TCC TIENE HABILITADOS PARA COMUNICARSE CONMIGO, LUEGO DE CONOCER EL MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DISPONIBLE EN <https://www.tcc.com.cowebportalterminos-y-condiciones> DE NO RECLAMAR LA MERCANCIA INCURRE EN COSTO DE BODEGAJE. ART 129-130 CCo. EL CONTRATO DE TRANSPORTE SE RIGE POR LOS TERMINOS DEL CODIGO DE COMERCIO, EN ESPECIAL POR LO CONSAGRADO EN LOS ARTICULOS 1008, 1009, 1010, 1011, 1027, 1028 DEL CODIGO DE COMERCIO COLOMBIANO. EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD DEL TRANSPORTADOR SERA IGUAL AL VALOR DECLARADO POR EL REMITENTE PARA LA CARGA AFECTADA, DE ACUERDO CON EL CODIGO DE COMERCIO. SERAN RESPONSABLES SOLIDARIAMENTE REMITENTE Y DESTINATARIO POR EL PAGO DE LOS FLETES GENERADOS POR ESTE CONTRATO DE TRANSPORTE. \*\* LAS

| FECHA REMESA    | FORMA DE PAGO     | P.REAL:          | P.VOL: | P.FACTURADO:     |
|-----------------|-------------------|------------------|--------|------------------|
| 29/06/2021      | CREDITO EN ORIGEN | 23.38            | 0      | 23               |
| RECIBÍ CONFORME |                   | PAQUETES:        | 1      | PRODUCTO         |
|                 |                   | DOCS. BOOMERANG: | 0      | ZONA             |
|                 |                   | DOCS. DARDOS:    | 0      | RUTA             |
|                 |                   |                  |        | MOVIL - V. LOCAL |
|                 |                   |                  |        | POSICIÓN - LOCAL |
|                 |                   |                  |        | VIAJE LOCAL      |
|                 |                   |                  |        | VIAJE NACIONAL   |
|                 |                   |                  |        | ENVIO NACIONAL   |
|                 |                   |                  |        | ZONA UNICA       |
|                 |                   |                  |        | 10-1             |
|                 |                   |                  |        | 13365 13365      |
|                 |                   |                  |        | 63               |
|                 |                   |                  |        | 1                |
|                 |                   |                  |        | 382233           |

CC/NIT  
(ACEPTADO, NOMBRE/SELLO, TELÉFONO)

UNIDADES LOGISTICAS\*\*:

1

BOOMERANG:

DOCS. CLTE.  
REFE

REFE VIL0332107189  
VIL0332107189

-CLIENTE-

VER RESPALDO



## ¡PRECAUCIÓN!

Señor Destinatario: Ayúdenos a evitar el robo de sus mercancías, atendiendo las siguientes recomendaciones.

1. Si la mercancía fue despachada a su nombre, presente su cédula a nuestro representante, de esta manera evitaremos entregarla a una persona diferente a usted. Si el despacho fue hecho para una razón social (nombre de su empresa o negocio) firme nuestra remesa y colóquela el sello de su establecimiento.

**¡No olvide anotar la fecha y hora de entrega!**

2. Una vez haya cumplido con estas recomendaciones, **NO DEVUELVA LA MERCANCÍA QUE HABÍA RECIBIDO** sin antes tomar las siguientes precauciones:

- Comuníquese con nuestro Supervisor de entregas en esta ciudad, con el fin de obtener información sobre la identidad de nuestro funcionario y la validez de este procedimiento.
- Solicite la identificación a quien se la reclama, y confróntela con la que le dio nuestro Supervisor.
- Cuando esté seguro de que al efectuar la devolución no asume ningún riesgo, coloque una nota anulando su firma, tanto en el original como en la copia de nuestra remesa. Nuestro colaborador aceptará gustoso este procedimiento.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN SECTORIAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1123804498

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40384822

Detalles de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraloría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☒ ☒ ☒

NOTARIA 4 VILLAVICENCIO COLOMBIA META VILLAVICENCIO\*\*\*\*\*

Detalles del inscrito

Primer Apellido CASTANEDA\*\*\*\*\* Segundo Apellido GUIROZ\*\*\*\*\*

NICOLLE ALEXANDRA\*\*\*\*\*

Fecha de nacimiento Año 2007 Mes MAR Día 23 Sexo (en letras) FEMENINO\*\*\*\*\*

COLOMBIA META VILLAVICENCIO\*\*\*\*\*

Tipo de documento anterior o Declaración de testigo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO\*\*\*\*\*

Detalles de la madre

GUIROZ LEMUS DIANA PAOLA\*\*\*\*\*

CEDULA DE CIUDADANIA 1121847100\*\*\*\*\*

COLOMBIA\*\*\*\*\*

CASTANEDA SANTOS DUMAR ALEXANDER\*\*\*\*\*

CEDULA DE CIUDADANIA 1121822078\*\*\*\*\*

COLOMBIA\*\*\*\*\*

CASTANEDA SANTOS DUMAR ALEXANDER\*\*\*\*\*

CEDULA DE CIUDADANIA 1121822078\*\*\*\*\*

Dumaz A. Castañeda S.

Detalles primer testigo

Detalles segundo testigo

Detalles tercer testigo

Detalles cuarto testigo

Detalles quinto testigo

Detalles sexto testigo

Detalles séptimo testigo

Detalles octavo testigo

Detalles noveno testigo

Detalles décimo testigo

Detalles undécimo testigo

Detalles duodécimo testigo

Detalles decimotercero testigo

Detalles decimocuarto testigo

Detalles decimoquinto testigo

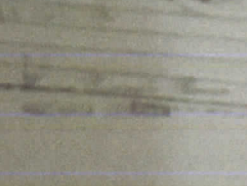
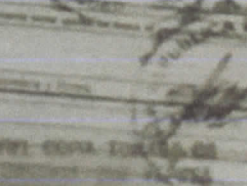
Detalles decimosexto testigo

Detalles decimoséptimo testigo

Detalles decimoctavo testigo

Detalles decimonoveno testigo

Detalles vigésimo testigo



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ESPECIFICAR NOTAS

ES FOLIO COPIA

Claro!

## VENTA & PAGOS

CALLE 29 C SUR # 45-21 CAMINOS DE MONTECARLO

**CEL 320 850 50 65**

|        |          |  |         |
|--------|----------|--|---------|
| CH REF | 47569906 |  | 113.900 |
|        |          |  |         |
|        |          |  |         |
|        |          |  |         |
|        |          |  |         |
|        |          |  |         |
|        |          |  |         |
|        |          |  |         |
|        |          |  |         |
| TOTAL  |          |  | 113.900 |

VERIFICAR LA INFORMACION

GRACIAS POR PREFERIRNOS



Bogotá D.C., 7 de Octubre de 2021

**La Dirección de Operaciones certifica:**

Que el señor(a) **QUIROZ LEMUS DIANA PAOLA** identificado (a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. **1121847100** se encuentra afiliado(a) al servicio de Medicina Prepagada en el contrato número **50024559**, plan **ZAFIRO ELITE**, con fecha de inicio de vigencia 1 de Julio de 2021

Periodicidad de pago **MENSUAL**  
Número usuarios vigentes **1**  
Estado Contrato **LIQUIDADO**  
Fin de Vigencia **30 de Junio de 2022**

Discriminación del valor de la cuota por usuario para el año

**Detalle de beneficiarios Octubre de 2021**

| Nro | Nombre                 | Edad | Genero | Identificación | Parentesco | Valor Cuota Mensual | Valor Cuota Periodicidad |
|-----|------------------------|------|--------|----------------|------------|---------------------|--------------------------|
| 1   | MEDINA QUIROZ SANTIAGO | 5    | M      | RC 1230342752  | HJO(A)     | \$237,329           | \$237,329                |

**Detalle Cuota Contrato Octubre de 2021**

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| VALOR CUOTA CONTRATO          | \$237,329  |
| COBRO CUOTA DE ADMINISTRACIÓN | \$0        |
| DESCUENTO COMERCIAL           | \$0        |
| DESCUENTO PRONTO PAGO         | \$0        |
| DESCUENTO POS                 | \$0        |
| TOTAL FACTURA                 | \$ 237,329 |
| VALOR IVA                     | 5%         |
| TOTAL A PAGAR                 | \$ 249,195 |

**Detalle de Pagos**

| Fecha de pago | Valor |
|---------------|-------|
|               |       |

**FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS**

STAPLE  
HERE

CP1113922

REV. 2/11

PRINTED IN U.S.A. BY MAGNETIC TICKET AND LABEL CORP., DALLAS, TX

# PASSENGER TICKET AND BAGGAGE CHECK

SUBJECT TO CONDITIONS OF CONTRACT

ISSUED BY AMERICAN AIRLINES



ISS. AGENT ID.

04MAY19

PLACE OF ISSUE

CO

NAME OF PASSENGER (NOT TRANSFERABLE)

47D / BGG

FARE BASIS

BOGOTA

TOUR CODE

FCI

QUIROZ LEMUS/DIANA PAO

FLIGHT

CLASS

DATE

TIME

STATUS NOT VALID BEFORE

NOT VALID AFTER

X/O FROM MIAMI INTERNTNL

REVALIDATION

AA 251

S

04MAY206P

NEW YORK JFK

ENDORSEMENTS/RESTRICTIONS

\*\*\*\*\*

ORIGINAL ISSUE

ISSUED IN EXCHANGE FOR

PNR CODE

PNR CODE

PIEWMT / AA

CONJ. TKT. NO.

FARE CALCULATION

BOARDING PASS

GROUP 8

DOORS CLOSE 10 MIN PRIOR TO DEPARTURE

SEAT 18A

\*\*\*\*\*

FARE

EQUIV. FARE PAID

FORM OF PAYMENT

TAX/FEE/CHARGE

\*\*\*\*\*  
PCS CK. WT. UNCK. WT.

SEQ. NO.

ALLOW

PCS.

CK. WT.

UNCK. WT.

TAX/FEE/CHARGE

MAIN

STOCK CONTROL NUMBER TX

COUPON

AIRLINE

FORM SERIAL NO.

CK

\*\*\*\*\*  
TAX/FEE/CHARGE

\*\*\*\*\*  
TOTAL

00126579959066

2 001 3428075072 5

## AMERICAN AIRLINES BOARDING PASS

NAME OF PASSENGER

QUIROZ LEMUS/DIANA P

X/O FROM

X/O MIAMI INTERNTNL

NEW YORK JFK

AMERICAN AIRLINES

CARRIER

FLIGHT

CLASS

DATE

TIME

AA 251

S

04MAY206P

GATE

BOARDING TIME

SEAT

SMOKE

136P

18A

NO

ADDITIONAL SEAT INFORMATION

PCS.

CK. WT.

UNCK. WT.

SEQ. NO. PCS. CK. WT. UNCK. WT.

BAGGAGE ID NR.

COUPON

AIRLINE

FORM SERIAL NO.

CK

47D / BGG

GROUP



## ADVICE TO INTERNATIONAL PASSENGERS ON CARRIER LIABILITY

Passengers on a journey involving an ultimate destination or a stop in a country other than the country of departure are advised that international treaties known as the Montreal Convention, or its predecessor, the Warsaw Convention, including its amendments, may apply to the entire journey, including any portion thereof within a country. For such passengers, the treaty, including special contracts of carriage embodied in applicable tariffs, governs and may limit the liability of the carrier in respect of death of or injury to passengers, and for the destruction or loss of, or damage to, baggage, and for the delay of passengers and baggage. For additional information on international baggage liability limitations, including domestic portions of international journeys, see AA.com.

## NOTICE OF INCORPORATED TERMS OF CONTRACT

Air Transportation, whether it is domestic or international (including domestic portions of international journeys), is subject to the individual terms of the transporting air carriers, which are herein incorporated by reference and made part of the contract of carriage. Other carriers on which you may be ticketed may have different conditions of carriage. International air transportation, including the carrier's liability, may also be governed by applicable tariffs on file with the U.S. and other governments and by the Warsaw Convention, as amended, or by the Montreal Convention. Incorporated terms may include, but are not restricted to:

1. Rules and limits on liability for personal injury or death,
2. Rules and limits on liability for baggage, including fragile or perishable goods, and availability of excess valuation charges,
3. Claim restrictions, including time periods in which passengers must file a claim or bring an action against the air carrier,
4. Rights on the air carrier to change terms of the contract,
5. Rules on reconfirmation of reservations, check-in times and refusal to carry,
6. Rights of the air carrier and limits on liability for delay or failure to perform service, including schedule changes, substitution of alternate air carriers or aircraft and rerouting.

You can obtain additional information on items 1 through 6 above at any U.S. location where the transporting air carrier's tickets are sold. You have the right to inspect the full text of each transporting air carrier's terms at its airport and city ticket offices. You also have the right, upon request, to receive (free of charge) the full text of the applicable terms incorporated by reference from each of the transporting air carriers. Information on ordering the full text of each air carrier's terms is available at any U.S. location where the air carrier's tickets are sold. Additionally, American Airlines' contract terms are found on AA.com under the "Legal" link. You can reach American Airlines on the web, using the following link: [www.aa.com/customerrelations](http://www.aa.com/customerrelations).

STAPLE  
HERE

CPN1113922  
REV. 2/11  
PRINTED IN U.S.A. BY MAGNETIC TICKET AND LABEL CORP., DALLAS, TX

19  
**PASSENGER TICKET AND BAGGAGE CHECK**  
SUBJECT TO CONDITIONS OF CONTRACT

ISSUED BY **AMERICAN AIRLINES**  




ISS. AGENT ID. **04MAY19** PLACE OF ISSUE **CO**

NAME OF PASSENGER (NOT TRANSFERABLE) **QUIROZ LEMUS/DIANA PAO**  
X/O FROM **BOGOTA** X/O TO **MIAMI INTERNTNL**  
FARE BASIS **BOGOTA** TOUR CODE  
FLIGHT **AA 1130 S** CLASS **04MAY** DATE **600A**

ENDORSEMENTS/RESTRICTIONS  
\*\*\*\*\*  
ORIGINAL ISSUE  
ISSUED IN EXCHANGE FOR  
FARE CALCULATION  
\*\*\*\*\*  
PNR CODE  
\*\*\*\*\*

**BOARDING PASS**  
**GROUP 8**  
**SEAT 19B**  
DOOR CLOSE IN PRIOR TO DEPARTURE  
\*\*\*\*\*

FARE **DOCS OK** EQUV. FARE PAID  
TAX/FEE/CHARGE **846** MAIN  
TAX/FEE/CHARGE  
TAX/FEE/CHARGE  
STOCK CONTROL NUMBER TX **00126579959055**  
COUPON AIRLINE FORM SERIAL NO.  
**1 001 3428075072 2**

**AMERICAN AIRLINES  
BOARDING PASS**

NAME OF PASSENGER  
**QUIROZ LEMUS/DIANA P**

X/O FROM  
X/O **BOGOTA**  
**MIAMI INTERNTNL**  
**AMERICAN AIRLINES**

CARRIER FLIGHT CLASS DATE TIME  
**AA 1130 S 04MAY600A**  
DATE BOARDING TIME SEAT SMOKE  
**-54 515A 19B NO**

ADDITIONAL SEAT INFORMATION  
PCS. CK. WT. UNCK. WT. SEQ. NO. ALLOW PCS. CK. WT. UNCK. WT.  
BAGGAGE ID NR.  
COUPON AIRLINE FORM SERIAL NO. CK  
**GROUP 8**  
**47D / BOG**  
**S.O.**

## INTERNATIONAL PASSENGERS ON CARRIER LIABILITY

ultimate destination or a stop in a country other than the country of departure. The provisions of the Convention, or its predecessor, the Warsaw Convention, may apply to the entire journey, including any portion thereof within a country. The Convention, including special contracts of carriage embodied in applicable tariffs, may apply to the carrier in respect of death of or injury to passengers, and for the destruction of, or damage to, baggage, and for the delay of passengers and baggage. For additional information on international baggage liability limitations, including domestic portions of international journeys, see AA.com.

### NOTICE OF INCORPORATED TERMS OF CONTRACT

Air Transportation, whether it is domestic or international (including domestic portions of international journeys), is subject to the individual terms of the transporting air carriers, which are herein incorporated by reference and made part of the contract of carriage. Other carriers on which you may be ticketed may have different conditions of carriage. International air transportation, including the carrier's liability, may also be governed by applicable tariffs on file with the U.S. and other governments and by the Warsaw Convention, as amended, or by the Montreal Convention. Incorporated terms may include, but are not restricted to:

1. Rules and limits on liability for personal injury or death,
2. Rules and limits on liability for baggage, including fragile or perishable goods, and availability of excess valuation charges,
3. Claim restrictions, including time periods in which passengers must file a claim or bring an action against the air carrier,
4. Rights on the air carrier to change terms of the contract,
5. Rules on reconfirmation of reservations, check-in times and refusal to carry,
6. Rights of the air carrier and limits on liability for delay or failure to perform service, including schedule changes, substitution of alternate air carriers or aircraft and rerouting.

You can obtain additional information on items 1 through 6 above at any U.S. location where the transporting air carrier's tickets are sold. You have the right to inspect the full text of each transporting air carrier's terms at its airport and city ticket offices. You also have the right, upon request, to receive (free of charge) the full text of the applicable terms incorporated by reference from each of the transporting air carriers. Information on ordering the full text of each air carrier's terms is available at any U.S. location where the air carrier's tickets are sold. Additionally, American Airlines' contract terms are found on AA.com under the heading "American Airlines on the web, using the following link: [www.aa.com/customerrelations](http://www.aa.com/customerrelations).



8:33

194.cbp.dhs.gov

4G

## Most Recent I-94 Results



For: DIANA QUIROZ LEMUS

### Most Recent I-94

Admission (I-94) Record Number :

87616946156

Most Recent Date of Entry: 2019 May 04

Class of Admission : B2

Admit Until Date : 11/03/2019

Details provided on the I-94 information  
form:

Last/Surname : QUIROZ LEMUS

First (Given) Name : DIANA

Birth Date : 1988 October 30

Passport Number : AN419846

Country of Issuance : Colombia

OCTUBRE 2/2021



Mercado  
10 DTAS

No ya  
carnes  
aceite

Desayuno  
almuerzo  
cena.

in  
productos  
de Aseo

SUPER SUPERMARKET

53 S Jefferson St.

Orange, NJ

(973) 678-3200

#002-001 10/2/2021 14:38:06 ELSA

Inv#:00073489 Trs#:073489

RED BULL ENERG DRINK 4PK 4.PK \$7.99 T1

MISSION FLOUR-SOFT TACO SIZE \$3.69 F

RICAREPA AREPA DE CHOCLO 12. \$4.29 F

ORGANIC LARGE BROWN EGGS 12 \$3.29 F

ORGANIC LARGE BROWN EGGS 12 \$3.29 F

ORGANIC LARGE BROWN EGGS 12 \$3.29 F

TUSCAN HEAVY CREAM \$6.99 F

EDY'S COOKIES & CREAM \$4.99 F

Markdown: \$2.00

CENTROAMERICANA PUPUSAS 19.0 \$5.99 F

AG BATH SPONGE 1 CT \$1.19 T1

AG BATH SPONGE 1 CT \$1.19 T1

MAMA TERE PUPA DE QUAYABA 14 \$2.79 F

COLOMBIA FOOD 14 OZ \$3.29 F

COLOMBIA F LULO PULPA \$3.29 F

TROPICAL AREPA DE CHOCLO \$3.49 F

B PARK TURKEY FRANKS \$4.49 F

B PARK TURKEY FRANKS \$4.49 F

CORTE'S CHORIZO COLOMBIANO 1 \$5.49 F

BIMBO PAN BLANCO \$2.49 F

MOTT APPLE JUICE \$7.19 F

ZIPLOC STORAGE-QT \$7.39 T1

PORK BABY RIBS LB \$6.61 F

CHICKEN BREAST BONELESS LB \$9.46 F

BEEF CHUCK STEW LB \$8.78 F

Markdown: \$1.47

BEEF SHOULDER STEAK LB \$7.33 F

Markdown: \$2.10

BEEF ROUND SWISS STEAK LB \$3.53 F

BEEF ROUND SWISS STEAK LB \$3.50 F

TROPICAL SALAMI SUPERIOR \$9.99 F

ALACENA HUANCAINA CREAM 13.5 \$4.99 F

Markdown: \$0.70

DEL CAMPO TOMATE DE ARBOL \$9.99 F

ECUATUN TUNA IN OIL 3PK 8.46 \$5.79 F

POP CORN BUTTER 1.75 OZ \$0.99 F

POP CORN BUTTER 1.75 OZ \$0.99 F

0.94 lb @ \$1.99/lb

APPLE GRANNY SMITH LB \$1.87 FW

QUITING AGUA MINERAL \$1.99 T1F

LACTAID 100 WHOLE MI \$7.99 FW

VAN CAMPS TUNA IN OIL 9 OZ \$6.99 F

MC GOLDN DIPT SEAFO \$3.49 F

RITZ CRACKERS ORIGINAL 13.7 \$3.99 F



|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| IRWICK FRESHMATIC AUTO SPR   | \$11.99 F |
| COL-AID VARIETY PACK 40 CT   | \$15.96 F |
| Grocery Tax                  | \$6.99 T1 |
| ELACENA MAYONESA 13.5 OZ     | \$5.59 F  |
| JAMAICAN GARLIC SUACE        | \$3.99 F  |
| JOAR HEAD DELUXE HAM LB      | \$5.04 F  |
| AND O LAKES WHITE CHEESE     | \$3.46 F  |
| C SUP MOIST CHOCOLA          | \$1.69 F  |
| A SALTENA CRIOLLAS 19.4 OZ   | \$4.99 F  |
| LANOVER WHOLE GREEN          | \$3.49 FW |
| 1 @ \$0.99 each              |           |
| CALLIONS-CEBOLLINO           | \$1.98 FW |
| RUSSET POTATOES 10 LB        | \$6.99 FW |
| CILANTRO MACHO BUNCH         | \$1.69 F  |
| 1.66 lb @ \$0.99/lb          |           |
| ANANA YELLOW                 | \$1.64 FW |
| 2.16 lb @ \$1.99/lb          |           |
| TOMATOES PLUM                | \$4.30 FW |
| 3.19 lb @ \$1.39/lb          |           |
| ONIONS RED LOOSE             | \$4.43 FW |
| Markdown: \$0.32             |           |
| 1.31 lb @ \$0.99/lb          |           |
| CARROT LOOSE                 | \$1.30 FW |
| 2.95 lb @ \$0.99/lb          |           |
| CABBAGE GREEN                | \$2.92 FW |
| 2 @ 2/ \$5.00                |           |
| PINEAPPLE CT                 | \$5.00 FW |
| Markdown: \$0.98             |           |
| COLAVITA PENNE RIGAT         | \$1.59 F  |
| 1 @ 3/ \$2.00                |           |
| CHARUCHAN SHRIMP             | \$0.67 F  |
| HORNIMANS MANZANILLA/MIEL TE | \$4.29 F  |
| 1 @ 3/ \$2.00                |           |
| CHARUCHAN SHRIMP             | \$0.67 F  |
| GRASSLAND BLACK RAISINS 10 o | \$2.79 F  |
| EL MEXICANO MANGO            | \$4.99 F  |
| Markdown: \$0.80             |           |
| HUNTS KETCHUP                | \$1.29 F  |
| Markdown: \$0.90             |           |
| 1 @ 2/ \$0.99                |           |
| TELENO MINERAL WATER 33.8 OZ | \$0.50 F  |

---

|                 |          |
|-----------------|----------|
| Net Sales       | \$299.09 |
| Tax 1 [\$38.73] | \$1.28   |
| TOTAL SALES     | \$300.37 |

---

|           |          |
|-----------|----------|
| SUB TOTAL | \$300.37 |
| Cash      | \$301.00 |
| Change    | \$0.63   |

---

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Item count         | 68      |
| Temporary markdown | \$10.57 |
| SAVING GRAND TOTAL | \$10.57 |

THANK YOU FOR SHOPPING WITH US

Free Local Home Delivery.  
with \$50.00 Purchase before 7:00pm

Please email comments or suggestions  
to our supervisor at [supersupermarkets@gmail.com](mailto:supersupermarkets@gmail.com)

Check your bags before leaving

View our weekly AD  
@  
[www.supersupermarkets.com](http://www.supersupermarkets.com)



9930010734897















P.O. Box 903  
Oceanport, NJ 07757



\*\*\*\*\*AUTO\*\*ALL FOR AADC 07099  
03769 DIANA QUIROZ LEMUS \*27-3769  
202 N DAY ST  
ORANGE NJ 07050-6805



**Past Due** **\$659.52** **Due Upon Receipt**

Your account has a remaining balance of \$659.52. This is your responsibility. Please contact our office for information related to Financial Assistance or for any questions related to this statement.

### Account Summary

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| Statement Date                   | 10-05-20        |
| Location                         | Clara Maass     |
| Account Number                   | 8025995575      |
| Date of Service                  | 08-06-20        |
| Total Charges                    | \$3,819.43      |
| Patient Payments                 | \$0.00          |
| Total Payments                   | \$0.00          |
| Adjustments                      | \$-3,159.91     |
| <b>Total Amount Due From You</b> | <b>\$659.52</b> |

### Services Provided to:

QUIROZ LEMUS, DIANA P

Thank you for choosing  
Clara Maass Medical Center  
for your health care needs.

Please make full payment or contact  
us toll-free at **(877) 221-7809**.

You may also pay your bill online at  
**www.rwjbh.org/billing**



### Contact Information

- To Pay-by-Phone:** (877) 221-7809
- Telephone Hours:** Mon - Fri 8:00 am - 6:00 pm EDT  
IVR Pay-by-Phone Available 24/7
- Pay Online at **www.rwjbh.org/billing** Available 24/7  
Please follow the Billing link to manage your account on-line,  
make payments and send secure communications.
- Mail in payment to us using the coupon below
- To pay by text, sign up for an Online Account today, then  
select Enable Pay by Text (Available 24/7)
- To speak with a Customer Service Rep dial **(877) 221-7809**  
Mon - Fri 8:00 am - 6:00 pm EDT

### Financial Assistance

**Barnabas Health offers a financial assistance program and payment plan options.** For more information on assistance or payment options, please contact us at (877) 221-7809 toll-free.

Please detach and mail this portion with your payment OR to pay online visit **www.rwjbh.org/billing**

|                                                                   |                                   |                               |                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|
| IF PAYING BY MASTERCARD, DISCOVER, OR VISA, PLEASE FILL OUT BELOW |                                   |                               |                                           |
| <input type="checkbox"/> MASTERCARD                               | <input type="checkbox"/> DISCOVER | <input type="checkbox"/> VISA | <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS |
| CARD NUMBER                                                       |                                   | EXP. DATE                     |                                           |
| PRINTED NAME                                                      |                                   | CVV2 CODE                     |                                           |
| SIGNATURE                                                         |                                   |                               |                                           |
| STATEMENT DATE                                                    | PAY THIS AMOUNT                   | DUE DATE                      |                                           |
| 10-05-20                                                          | \$659.52                          | Upon Receipt                  |                                           |
| ACCOUNT #                                                         | SHOW AMOUNT PAID HERE \$          |                               |                                           |
| 8025995575                                                        |                                   |                               |                                           |

☐ Please check box if address is incorrect or if insurance information has changed and indicate change(s) on reverse side.

Favor de marcar el cuadro si la direccion de amba esta incorrecta o la informacion a cambiado e indique los cambios en el lado opuesto de la hoja.

**Please remit payment and correspondence to the address below:**

Clara Maass Medical Center  
Payment Processing Center  
P.O. Box 29948  
New York, NY 10087-9948

00802599557500100000065952910130947



North American  
Partners in Anesthesia

2600 University Parkway | Coralville, IA 52241

## ANESTHESIA SERVICES

- Billing Inquires: 877-734-4671  
Office Hours:  
Monday – Friday, 8:00am – 5:00pm EST  
☐ Check if address/insurance changes are on back

### Addressee

DIANA QUIROZ LEMUS  
202 N DAY ST  
ORANGE NJ 07050-6805

# FINAL NOTICE

Pay online or call us to discuss payment options.



Pay Online: [napabillpay.mysecurebill.com](http://napabillpay.mysecurebill.com)  
myEasyMatch Code: X-40425-2679-3262

| Account Number | Due Date   | Amount Due | Amount Paid |
|----------------|------------|------------|-------------|
| NNJ-1821416    | 02/19/2021 | \$5,388.48 | \$          |

Please make checks payable and remit to:

North American Partners in Anesthesia  
PO Box 49  
GLEN HEAD NY 11545-0049

Page 1 of 1

myEasyMatch Code: X-40425-2679-3262

Please detach and return top portion with payment.

| Account Number | Patient Name | Statement Date | Due Date   |
|----------------|--------------|----------------|------------|
| NNJ-1821416    | DIANA LEMUS  | 02/05/2021     | 02/19/2021 |

| Date                       | Service Description                                                                                     | Charges    | Payments/<br>Adjustments | Patient<br>Balance |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|--------------------|
|                            | Charges on this statement are separate from those of the hospital, Ambulatory Surgery Center or Office. |            |                          |                    |
| CLARA MAASS MEDICAL CENTER |                                                                                                         |            |                          |                    |
| 10/25/2020                 | Invoice # 1212680<br>ANESTHESIA SERVICES<br>Balance Due                                                 | \$4,657.08 |                          | \$4,657.08         |
| 10/25/2020                 | Invoice # 1212681<br>ANESTHESIA SERVICES<br>Balance Due                                                 | \$731.40   |                          | \$731.40           |

### Account Status – Final Notice

This is your **FINAL NOTICE**. To prevent further billing action, please send payment in full today along with the top section of this letter in the return envelope provided. Failure to do so may result in your account being referred to a collection agency.

### PAYMENT INFORMATION

- Pay your bill online: [napabillpay.mysecurebill.com](http://napabillpay.mysecurebill.com)
- Call 877-734-4671 to make a payment in full
- Financial assistance may be available

**AMOUNT DUE: \$5,388.48**



**FOR CHANGE OF ADDRESS, MISSPELLINGS OR OTHER ERRORS, PLEASE PRINT CORRECTIONS.**

Patient Name (Last, First, Middle Initial)

Phone #

**LIABILITY AND WORKER'S COMPENSATION**

Employer Name

Patient Address

City

State

Zip Code

Employer Phone #

Ext.

**IF YOU HAVE NOT SUPPLIED INSURANCE INFORMATION, PLEASE DO SO BELOW:**

| <b>PRIMARY<br/>INSURANCE COVERAGE</b> |                                  | Patient Relationship to insured<br><input type="checkbox"/> SELF <input type="checkbox"/> SPOUSE<br><input type="checkbox"/> CHILD <input type="checkbox"/> OTHER |                                  | <b>SECONDARY<br/>INSURANCE COVERAGE</b>                                                                     |  | Patient Relationship to Insured<br><input type="checkbox"/> SELF <input type="checkbox"/> SPOUSE<br><input type="checkbox"/> CHILD <input type="checkbox"/> OTHER |  |
|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Insurance Company Name                | Phone #<br>(    )                | Insurance Company Name                                                                                                                                            | Phone #<br>(    )                | Accident Type <input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> WORK<br><input type="checkbox"/> OTHER |  |                                                                                                                                                                   |  |
| Insurance Company Address             |                                  |                                                                                                                                                                   |                                  | Date of Injury      Body Part Injured<br>/    /                                                             |  |                                                                                                                                                                   |  |
| Policyholder Name                     | Birthdate (MM/DD/YYYY)<br>/    / | Policyholder Name                                                                                                                                                 | Birthdate (MM/DD/YYYY)<br>/    / | Claim #                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                   |  |
| Policy & Group #                      | Policy Effective Date<br>/    /  | Policy & Group #                                                                                                                                                  | Policy Effective Date<br>/    /  | Case #                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                   |  |
| Employer Name                         | Phone #<br>(    )                | Employer Name                                                                                                                                                     | Phone #<br>(    )                | Claim Manager/Adjuster Name                                                                                 |  |                                                                                                                                                                   |  |
| Employer Address                      |                                  |                                                                                                                                                                   |                                  | Claim Manager/Adjuster Phone #      Ext.                                                                    |  |                                                                                                                                                                   |  |

**Insurance Claim Filing**

In order to process an insurance claim **complete, current and accurate** insurance information is required. If we do not receive this information, we will consider the charges for your service to be your responsibility and subject to the Payment Policy for Private Payment as indicated below. If you need to provide insurance information, please complete the upper portion of this page. You can also contact our billing office at the telephone number indicated on the front side of this statement.

**Contracted Insurance:** North American Partners in Anesthesia is contracted with numerous insurance companies. This means that you will only be billed for those balances determined by the contract to be your responsibility.

**Non-Contracted Insurance:** North American Partners in Anesthesia is not contracted with all insurance companies. We will bill a non-contracted insurance for payment consideration as a courtesy. However, North American Partners in Anesthesia will bill you, the responsible party, for the entire charge amount. Should your non-contracted insurance pay on your account timely, and should we receive that payment directly from your insurance, we will bill you for any balance remaining.

***Please contact your insurance company to determine if North American Partners in Anesthesia is a network provider.***

**Payment Policy**

**Contracted Insurance:** Any balances remaining, after a contracted insurance payment is due within 30 days from the date of insurance payment.

**Non-Contracted Insurance/Private Payment:** Payment in full is due within 45 days from the date of service.

***If you are unable to meet these terms, please contact our billing office at the number indicated on the front of this statement, and choose the option for the Billing Department.***

**Attorney, Third Party and Other Settlements**

It is the policy of North American Partners in Anesthesia to not make arrangements with attorneys, nor to hold accounts for third party nor any other settlement. These accounts are subject other Payment Policy for Private Payment as indicated above.

**Return Check Fees**

In the event a check is returned, a service charge of \$17.00 will be assessed.



## Services Performed by

CLARA MAASS EMER MED  
ASSOC,LLC

## Patient Name

DIANA P QUIROZ LEMUS

## Account Number

CMH8026270481



## Payment Options

Payment Plan  
**\$156.40**  
x 6 months

OR

Pay In Full  
**\$938.40**  
Due Upon Receipt

View All Options: [billpay.envisionhealth.com](http://billpay.envisionhealth.com)

## Total Balance:

**\$1,564.00**

Pay By 01/04/2021 To  
Receive Discount

**\$938.40**

Account #: CMH8026270481

Services Performed at: Clara Maass Medical Center

| Visit Date                                  | Description                           | Charges                       | Insurance<br>Pmt/Adj | Patient<br>Pmt/Adj | Patient<br>Balance |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                                             | Patient Name: Diana P Quiroz Lemus    | Provider(s): Craig Nelson, Md |                      |                    |                    |
| 10/24/20                                    | 99285 - Emergency Eval & Mgmt (Lvl 5) | \$1,516.00                    |                      |                    |                    |
|                                             | 94760 - Non-Invasive Pulse Oximetry   | \$48.00                       |                      |                    |                    |
|                                             | Patient Balance                       |                               |                      |                    | \$1,564.00         |
| <b>Grand Totals &amp; Amount Due Today</b>  |                                       | <b>\$1,564.00</b>             | <b>\$0.00</b>        | <b>\$0.00</b>      | <b>\$1,564.00</b>  |
| <b>Amount Due If Paid Before 01/04/2021</b> |                                       |                               |                      |                    | <b>\$938.40</b>    |

## Important Message

**Your medical bill is past due.****Contact Us: (800) 355-2470 | Personal ID for Payments 3280514****Hours of operation:** 8:30AM - 7:00PM Eastern Time

Please detach and return bottom portion with your payment.



PO BOX 80236  
PHILADELPHIA, PA 19101-1236

ELECTRONIC SERVICE REQUESTED

6028000074 PRESORT PBPS001 &lt;B3&gt;



DIANA P QUIROZ LEMUS  
202 N DAY ST  
ORANGE NJ 07050-6805

**Pay Online** [billpay.envisionhealth.com](http://billpay.envisionhealth.com)  
(800) 355-2470

Patient Name  
DIANA P QUIROZ LE  
MUS

Amount Due \$938.40  
Due Date Upon Receipt  
Account # CMH8026270481

Amount Enclosed

Please make check payable to **CLARA MAASS EMER MED  
ASSOC,LLC** and include your account number on your check.

CLARA MAASS EMER MED ASSOC,LLC  
PO BOX 80236  
PHILADELPHIA, PA 19101-1236

03130800080262704810009384000000000000009



**Why am I receiving this bill?**

You are receiving this bill because either you or a family member are being charged for healthcare services provided during your visit.

**Why did I get a bill if I have insurance?**

Although we make every effort to inform you, some services we provide may not be fully covered by your insurance. It is your responsibility to know the coverage limitations of your insurance policy. If your insurance should have covered more or all of the services you received, please contact your insurance company directly. Please inform us of any changes in your coverage.

**This looks like a duplicate bill from a facility where I received care. Can I ignore this bill?**

This is not a duplicate bill but rather a charge for the physician who cared for you during your visit. You will receive a separate bill from the facility in which you received care.

**Why is there a charge from a provider I do not know?**

During your encounter, you received care from one of our providers, however, there may be other providers who cared for you. You may be billed separately for their services.

**If you received care in any of the following states, please read the important messages.**

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Arizona</b>    | <b>If your balance is more than \$1,000 from an out-of-network (non-contracted) provider for services provided at an in-network (contracted) facility, Arizona law may give you the right to a dispute resolution process through the Arizona Department of Insurance. The process begins with you filing a request with the Department. If the bill qualifies for dispute resolution, you or someone you designate to represent you will need to participate in the process.</b>                         |
| <b>California</b> | <b>This bill is not final until you have received the cost sharing amount from your health service plan. This statement is an estimate of what is owed. Please notify us at 1-800-522-3998 if the amount owed is different from what your health service plan indicated.</b>                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Tennessee</b>  | <b>In some instances, you may have visited an in-network hospital but may have received services from an out-of-network provider. Your insurance company may have paid a rate that is below the amount billed for physician services. If your balance is more than \$200 over your applicable co-insurance, your agreement on, and compliance with, a payment plan within 45 days of receipt of this statement will result in us not furnishing any adverse information to a credit reporting agency.</b> |
| <b>Texas</b>      | <b>You may be able to reduce some of your out-of-pocket costs for an out-of-network medical or health care claim that is eligible for mediation by contacting the Texas Department of Insurance at <a href="http://www.TDI.Texas.gov">www.TDI.Texas.gov</a> and 1-800-252-3439.</b>                                                                                                                                                                                                                       |

**If your personal or insurance information has changed, please indicate changes below.****Personal Information**

|                  |                |                   |
|------------------|----------------|-------------------|
| Name             | Date of Birth  |                   |
| Address          |                |                   |
| City             | State          | Zip Code          |
| Phone Number     |                |                   |
| Email Address    |                |                   |
| Employer Address |                |                   |
| Employer City    | Employer State | Employer Zip Code |

**Insurance Information**

|                                   |               |          |
|-----------------------------------|---------------|----------|
| Primary Insurance Company         |               |          |
| Primary Insurance Company Address |               |          |
| City                              | State         | Zip Code |
| Policy Holder Name                | Date of Birth |          |
| Policy Holder Number              |               |          |
| Group Plan Number                 |               |          |

IMAGING CONSULTANTS OF ESSEX  
PO BOX 3247  
INDIANAPOLIS, IN 46206-3247



## EZ Ways To Pay...

DIANA P QUIROZ LEMUS  
202 N DAY ST  
ORANGE NJ 07050-6805

@ **Online**  
[www.mydocbill.com/ice2](http://www.mydocbill.com/ice2)

**Automated Attendant**  
1.844.295.4876 (24 hours a day)

For Payments Please Call: 1.844.255.0986 For Billing Questions Please Call: 1.844.295.4876

### STATEMENT

#### Account Summary

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| Account Number                     | 1006540-QICE2 |
| Patient Payments in Last 30 Days   | 0.00          |
| Current Statement Balance          | 416.00        |
| Charges Pending w/ Insurance       | 0.00          |
| Total Account Balance              | 416.00        |
| <a href="#">See Detail on Back</a> |               |

#### Insurance Information

PLEASE CONFIRM THAT INFORMATION IS CORRECT  
TO UPDATE GO TO [www.mydocbill.com/ice2](http://www.mydocbill.com/ice2)

##### PRIMARY

|            |  |
|------------|--|
| Insurance  |  |
| Group/Plan |  |
| ID Number  |  |

##### SECONDARY

|                |  |
|----------------|--|
| Insurance      |  |
| Address        |  |
| City/State/Zip |  |
| Group/Plan     |  |
| ID Number      |  |

#### New & Improved Online Experience



### Go Green

[www.mydocbill.com/ice2](http://www.mydocbill.com/ice2)

#### Pay Online | Update Info | Live Agent Chat

Gain the power to pay your bill or update your information at your convenience 24 hours a day. Chat with a representative using our Live Agent Chat feature during normal business hours. This not only benefits the environment, it benefits you and your time!

#### About Your Statement

Have a billing question or concern about your statement? E-MAIL us at [ice2billing@mydocbill.com](mailto:ice2billing@mydocbill.com).

See Statement Details on Back



119448-150

IMAGING CONSULTANTS OF ESSEX  
PO BOX 3247  
INDIANAPOLIS, IN 46206-3247



Patient Name: DIANA QUIROZ LEMUS  
Invoice Number: 7033535  
Billing Questions: 1.844.295.4876



DIANA P QUIROZ LEMUS  
202 N DAY ST  
ORANGE NJ 07050-6805

119448 - 150

| STATEMENT DATE                                                                     | AMOUNT DUE | ACCOUNT NO.                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------|
| 11/07/20                                                                           | \$416.00   | 1006540-QICE2               |
| CHARGES AND CREDITS MADE AFTER<br>STATEMENT DATE WILL APPEAR ON<br>NEXT STATEMENT. |            | SHOW AMOUNT<br>PAID HERE \$ |

#### MAKE CHECKS PAYABLE / REMIT TO:

IMAGING CONSULTANTS OF ESSEX  
PO BOX 3247  
INDIANAPOLIS, IN 46206-3247



0703353500041600000001006540ICE22

Pay Online: [www.mydocbill.com/ice2](http://www.mydocbill.com/ice2)

BASE\_ZOT\_100



| DATE                        | PROC CODE | UNITS | DETAILS OF SERVICES                               | CHARGES                                                                               | PAY/ ADJ | INSUR. PENDING | PATIENT BALANCE |
|-----------------------------|-----------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-----------------|
| Patient: DIANA QUIROZ LEMUS |           |       |                                                   | Referred By: CRAIG NELSON<br>Services Were Provided at: CLARA MAASS MEDICAL CENTER ER |          |                |                 |
| 10-24-20                    | 74176     | 1     | CT ABD & PELVIS W/O CONTRAST                      | 416.00                                                                                | 0.00     | 0.00           | 416.00          |
| 11-03-20                    |           |       | GUARANTOR RESPONSIBILITY DATE (CHARGEID: 5289092) |                                                                                       |          |                |                 |

| Current  | 31-60 Days | 61-90 Days | Over 90 Days |
|----------|------------|------------|--------------|
| \$416.00 | \$0.00     | \$0.00     | \$0.00       |

| DATE DUE:    | BALANCE DUE: |
|--------------|--------------|
| Upon Receipt | \$416.00     |

IMAGING CONSULTANTS OF ESSEX  
 PO BOX 3247  
 INDIANAPOLIS, IN 46206-3247  
 1.844.295.4876

**If your insurance has issued payment directly to you, please send us this payment immediately to stop the collection efforts.**

When you provide a check as payment, you authorize us either to use information from your check to make a one-time electronic fund transfer from your account or to process the payment as a check transaction.

Patient Statement For: DIANA P QUIROZ LEMUS

**Statement Date**

11/07/20

**Account Number**

1006540-QICE2

**STATEMENT**  
 SEE REVERSE SIDE FOR IMPORTANT BILLING INFORMATION



# RUTGERS HEALTH

PO BOX 829650  
PHILADELPHIA PA 19182-9650



001897  
0202



PATIENT NAME: DIANA P QUIROZ LEMUS

DIANA P QUIROZ LEMUS  
202 NORTH DAY STREET  
ORANGE, NJ 07050

IF PAYING BY CREDIT CARD, COMPLETE ALL REQUESTED INFORMATION BELOW.



CARD NUMBER

V-CODE

AMOUNT

SIGNATURE

EXP. DATE

STATEMENT DATE

ACCOUNT NO.

PAY THIS AMOUNT

11/16/20

426400055

46.00

SHOW AMOUNT  
PAID HERE



Please Make Checks Payable To:

RUTGERS-RWJMG  
PO BOX 829650  
PHILADELPHIA, PA 19182-9650



INDICATE CHANGES IN INFORMATION ON REVERSE SIDE

## STATEMENT

PLEASE DETACH AND RETURN TOP PORTION WITH YOUR PAYMENT

| DATE     | PAYMENT/<br>ADJS DATE | DX | DOCTOR | DESCRIPTION                                                      | CHARGES | PAYMENTS/<br>ADJS | BALANCE       |
|----------|-----------------------|----|--------|------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|---------------|
| 10/25/20 |                       |    | ZHENG  | PREVIOUS BALANCE<br>INVOICE #: 18766487<br>TISSUE EXAM BY PATHOL | 46.00   |                   | 0.00<br>46.00 |

Save time and pay online!

Access the <https://patientconnect.ixt.com> website to make a payment, view your statement or change your address. To make an automated payment via phone, dial 1-866-470-6626 and select option 1.

| DATE     | CURRENT | 30 DAYS | 60 DAYS | 90 DAYS & OVER | ACCOUNT NUMBER | PAY THIS AMOUNT |
|----------|---------|---------|---------|----------------|----------------|-----------------|
| 11/16/20 | 46.00   | 0.00    | 0.00    | 0.00           | 426400055      | 46.00           |



CHARGES AND PAYMENTS RECEIVED AFTER THIS DATE  
WILL APPEAR ON YOUR NEXT STATEMENT

FOR INQUIRIES PLEASE CALL: 1-866-470-6626 Monday – Friday 7:30AM – 6:00PM EST.

IMPORTANT MESSAGE REGARDING YOUR ACCOUNT

CONTINUED ON NEXT PAGE

PLEASE REVIEW INFORMATION ABOVE AND MAKE NECESSARY CHANGES ON THE REVERSE SIDE,  
FOR INSURANCE COVERAGE PLEASE COMPLETE THE BACK AND RETURN IN ENVELOPE PROVIDED.

110015



663-GESSSTM-4508634-3126660735-P; 20911867-1-185; 32433480-2; 1



**CORRECTION OF PERSONAL INFORMATION**

|                    |                    |     |
|--------------------|--------------------|-----|
| NAME               |                    |     |
| ADDRESS            |                    |     |
| CITY               | STATE              | ZIP |
| SOC. SEC NUMBER    | PHONE<br>(       ) |     |
| EMPLOYER'S NAME    |                    |     |
| EMPLOYMENT ADDRESS |                    |     |
| CITY               | STATE              | ZIP |
| PHONE<br>(       ) |                    |     |

**TO THE INSURANCE COMPANY**

Please expedite payment as your insured will continue to receive monthly statements until the balance is paid. Please note the assignment of benefits. Thank you.

**INFORMATION, PLEASE COMPLETE WHERE APPLICABLE:**

IF THIS IS THE FIRST TIME YOU ARE GIVING US YOUR INSURANCE INFORMATION, YOU MUST SIGN BELOW WHERE INDICATED, AND RETURN THIS PORTION OF THE STATEMENT IN THE ENVELOPE PROVIDED.

Insurance Carrier Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_  
Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Subscriber DOB: \_\_\_\_\_  
ID Number: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_  
Relationship to Subscriber: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Dep Child ☐ Other  
Please Specify: \_\_\_\_\_  
PCP: \_\_\_\_\_ PCP Co-Pay: \_\_\_\_\_  
Subscriber Employment Status: ☐ Employed ☐ Not Employed  
Employer: \_\_\_\_\_  
Employer Address/Phone: \_\_\_\_\_  
OTHER INSURANCE: \_\_\_\_\_

I AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL OR OTHER INFORMATION ABOUT ME TO RELEASE TO THE SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION OR ITS INTERMEDIARIES OR ANY OTHER INSURANCE CARRIER, ANY INFORMATION NEEDED FOR THIS OR A RELATED INSURANCE CLAIM. I PERMIT A COPY OF THIS AUTHORIZATION TO BE USED IN PLACE OF THE ORIGINAL AND REQUEST PAYMENT OF MEDICAL INSURANCE BENEFITS EITHER TO MYSELF OR TO THE GROUP WHO ACCEPTS ASSIGNMENT WHERE APPLICABLE.

DATE \_\_\_\_\_ SUBSCRIBER'S SIGNATURE \_\_\_\_\_

**IMPORTANT INFORMATION CONCERNING YOUR INSURANCE PLEASE READ CAREFULLY****OUR BILLING POLICIES:**

We will file claims with your insurance carrier(s). Once we receive a payment or rejection, the remaining balance is your responsibility and is reflected in the "Current Patient Balance" column of the statement summary and detailed. Because insurance coverages vary by carrier, all services may not be covered. Therefore, while we file claims and provide the necessary documentation to support the services billed, payment of services ultimately remain your responsibility.

**AMOUNT DUE:**

This is the amount due from you upon receipt of the statement. It reflects all the contractual allowances we are required to apply due to our participating status with the insurance carrier(s). It does not include charges pending with your insurance company. It is the amount you are responsible for paying at this time. Please remit your payment on or before the Due Date shown on the first page of the statement. For financial arrangements, please call our Customer Service Department at 866-470-6626.

**YOUR INSURANCE COVERAGE:**

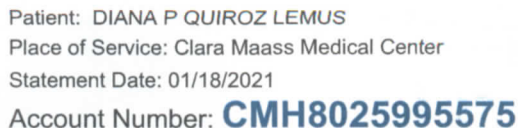
If you have questions regarding your Medicare or New Jersey Blue Shield coverage, we suggest that you talk to one of their representatives. To determine coverage for Commercial Insurance carriers and Managed Care payers call the telephone number provided on your insurance card.

**OUR COMMITMENT TO YOUR PRIVACY:**

We understand the importance of keeping your personal and health information secure and private. You may obtain a copy of Rutgers-RWJ Medical School's Notice of Privacy Practices by visiting our website at <http://ethics.rbhs.rutgers.edu/> or by requesting a copy through the mail.

**YOUR PAYMENT:**

Your personal payment will be applied proportionally to the oldest invoice(s) with an outstanding patient balance unless you specify an invoice number(s) on your payment stub.



**Your total owed is \$644.40, if paid by 02/17/2021.**

**\$644.40**

If paid by 02/17/2021

-OR-

**\$107.40**

x 6 months Monthly Payments

**\$1,074.00**

Total Balance



Pay by check using the cutout below



Speak to a representative during business hours at  
**(800) 355-2470**



Pay online anytime at [billpay.envisionhealth.com](http://billpay.envisionhealth.com)



Pay by automated phone system at **(800) 355-2470**  
Access Code for Payments **4120152**

**Your medical bill is due.**

| Visit           | Services                                               | Billed            |
|-----------------|--------------------------------------------------------|-------------------|
| 8/6/20          | 99284 - Emergency Eval & Mgmt (Lvl 4)                  | \$1,026.00        |
| Gina Derito, Pa | 94760 - Non-Invasive Pulse Oximetry                    | \$48.00           |
|                 | <b>Total Billed</b>                                    | <b>\$1,074.00</b> |
|                 | <b>Prompt Pay Discount (if paid before 02/17/2021)</b> | <b>-\$429.60</b>  |
|                 | <b>Insurance Payments &amp; Adjustments</b>            | <b>\$0.00</b>     |
|                 | <b>Patient Payments &amp; Adjustments</b>              | <b>\$0.00</b>     |
|                 | <b>Total Balance</b>                                   | <b>\$644.40</b>   |



1740027577      PRESORT PBPS002 <B3>



DIANA P QUIROZ LEMUS  
202 N DAY ST  
ORANGE NJ 07050-6805

Patient Name: **DIANA P QUIROZ LEMUS**

Account #: CMH8025995575

Amount Due: \$644.40

Amount Enclosed

Please make check payable to **CLARA MAASS EMER MED ASSOC,LLC** an Envision practice, and include your account number on your check. Do not send cash.

CLARA MAASS EMER MED ASSOC,LLC  
PO BOX 80236  
PHILADELPHIA, PA 19101-1236

031308000802599557500064440000000000000008

## UNDERSTANDING YOUR BILL



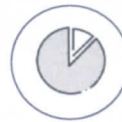
As a patient, you received care from our clinicians during your hospital visit/stay.



Clinicians bill separate from the hospital



If you are insured, we already submitted the bill to your insurance, who determined your responsibility



This bill is for the portion you owe



If you are uninsured, this bill is your responsibility. If you need assistance, please contact us for options

## FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

### Who is Envision?

Envision Physician Services is a national group of care providers. We work with medical departments such as hospitals and clinics by providing physicians and advanced practice providers that deliver your care. While Envision providers come from many specialties, this bill is for our specialists in either:

- Emergency Medicine – these physicians, physician assistants and nurse practitioners work in hospital emergency rooms and urgent care facilities to assess and treat patients.
- Hospital Medicine – a Hospitalist is a physician, physician assistant, or nurse practitioner who specializes in caring for patients who have been admitted to the hospital.

### Why am I receiving this bill?

This bill is for the medical care you received from an Emergency or Hospital Medicine clinician during your visit or stay. Since the hospital and clinicians are paid separately, you might receive more than one bill.

### Why did I get a bill if I have insurance?

The insurance company will apply the benefits of your plan and then determine your responsibility. We worked directly with your insurance company prior to sending a bill. This bill reflects the portion of the cost that is your responsibility to pay directly to the physician practice that provided your care. If you believe your insurance company made an error, please contact them directly.

### Is this a duplicate bill from my hospital?

This is not a duplicate bill. Charges for clinicians who care for you during a visit or admission to the hospital may be separate from those of the hospital where you received care. You may receive separate bills for the same visit or admission.

### Why is there a charge from a clinician I do not recognize or when I didn't visit their practice?

During your visit to the hospital or urgent care clinic specified on your bill, you received care from a medical specialist that is a member of an Envision practice. You may not have interacted with the clinicians who provided input into your case.

### My insurance information is missing

Please contact us at 800.355.2470 so that we can update your account. We will work directly with your insurance company to submit your claim.

### What if I get a bill that seems higher than I expected?

Envision does not balance bill patients. However, when patients receive care from out of network providers, they may experience higher deductibles or coinsurance due to their insurance company's plan design. In some circumstances, insurance companies do not provide clear or accurate information regarding your coinsurance and deductible. If you feel your bill is incorrect or you would like to speak with Envision about a payment plan or support with your bills, please contact us.