

Señores
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ SALA CIVIL
M.P. ADRIANA AYALA PULGARÍN
Ciudad

Demandantes: Lucas Cañón Ruiz, Blanca Lidia Reyes García,
Andrés Felipe Cañón Reyes.
Demandados: Fundación Cardio Infantil - Instituto De
Cardiología y Famisanar Eps
Radicación: 11001310300820200000202
Asunto: Memorial acreditando el pago de honorarios al CES.

ADRIANA GARCÍA GAMA, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.867.487 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 144.727 del Consejo Superior de la Judicatura en mi calidad de apoderada judicial de **FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA**, por medio del presente escrito me permito acreditar el pago realizado por mi representada a la **UNIVERSIDAD CES** por un monto equivalente a UN MILLÓN CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS.

En cumplimiento de lo ordenado por el Despacho y de conformidad con las disposiciones establecidas por la **UNIVERSIDAD CES**, adjunto al presente memorial el comprobante de pago correspondiente.

Respetuosamente,



ADRIANA GARCÍA GAMA
C.C. No. 52.867.487 de Bogotá
T.P. No. 144.727 del C. S. de la J.



WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa:

FUNDACION CARIO INFANTIL

Tipo Identificación:

NIT Persona Jurídica

No. Identificación:

860035992

Generado por:

KAROL ACOSTA CAÑAS

A continuación el detalle de: Resumen - Consultar

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	UNIVERSIDAD CES	Nro. Producto Destino	10245000033
Nro. Identificación	8909840026	Entidad Financiera	BANCOLOMBIA
Tipo Producto Origen	Cuenta Corriente	Nro. Comprobante	251604
Nro. Producto Origen/Recaudador	256037516	Forma de pago	Abono a cuenta entidad ACH
Fecha Pago/Débito	2025/02/14	Aviso al beneficiario	N
Fecha Transacción	2025/02/13	Estado de Aviso	-
Valor Transacción	\$1,186,250.00	Fecha de Aviso	-
Comisión	\$0.00	Medio Utilizado	-
IVA	\$0.00	Nro. Transacción	256A32125045002B
Estado	DEB	Información Adicional	PROCESO LUCAS CAÑON
Descripción de Estado	Debitado	Fecha Cobro	-
Causal de Rechazo	-	Nro. Factura	-
Nro. Control	OMM004PGRU	Oficina Pago	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	Usuario Creador	KAROL ACOSTA CAÑAS