

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAT

FECHA: Nov/24/17 CIUDAD: BOGOTÁ D.C. DEPARTAMENTO: CONDIMANMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: RUBIANO SEGUNDO APELLIDO: MACIAS PRIMER NOMBRE: CESAR SEGUNDO NOMBRE: ALVARO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ MUP ☐ IDENTIFICACIÓN: 7689289 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): NARIVA FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 1989/12/11

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☐ SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 17/11/1971 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): NARIVA PAÍS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANO

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: 3 NÚMERO DE HIJOS: 3 TELÉFONO CELULAR: 3175111570

NIVEL DE ESTUDIOS (FORMACIÓN ACADÉMICA): ☐ MAGISTER ☒ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: ANFITEC01060

DIRECCIÓN RESIDENCIA: CARRERA 64A #22-1A T-34m. 203 BOGOTÁ CIUDAD RESIDENCIA: CONDIMANMARCA DEPARTAMENTO: COLOMBIA PAÍS RESIDENCIA: COLOMBIA TELÉFONO RESIDENCIA: 3175111570

CORREO ELECTRÓNICO: carubianom@gmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: ☒ PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: MARROQUIN SEGUNDO APELLIDO: CARMELO PRIMER NOMBRE: GLORIA SEGUNDO NOMBRE: YOSHANN

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ MUP ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 52213582 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 1994/06/20

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☒ SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

SALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: ☐ SI ☒ NO ☐ IVA ☐ SI ☐ NO ☒ ICA ☐ SI ☒ NO ☐ PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE: ☐ SI ☒ NO ☐ AGENTE RETENIDOR: ☐ SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENIDOR: ☐ SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO: ☐ SI ☒ NO ☐ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: ☐ SI ☒ NO ☐ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: ☐ GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ NIT: 900959051

EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: DAG 345-43 TELÉFONO: 3444484 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C. DEPARTAMENTO: CONDIMANMARCA PAÍS: COLOMBIA

CARGO ACTUAL: ANFITEC01060 FECHA VINCULACIÓN: 02/2012

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIEDAD:

SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-03-22	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	22.000.000	GASTOS FAMILIARES	18.000.000	AHORROS	30.000.000	SALDO HIPOTECA	150.000.000
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO	2.000.000	VEHICULOS	150.000.000	DEUDA VEHICULOS	80.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	250.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	20.000.000	OTROS PASIVOS*	90.000.000
TOTAL INGRESOS	22.000.000	TOTAL EGRESOS	20.000.000	TOTAL ACTIVOS	450.000.000	TOTAL PASIVOS	320.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
				MUTUAL Y CREDITO		SEGUROS GLOBAL UNIVERSAL	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar o similar a su Cliente o Contraparte, debe ser diferente al Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
RUBIANO	MACIAS	ALVARO					
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR				
	CHIA/CUND.	HERMANO	3153885455				
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO			
DAVIVIENDA	CTA AHORROS	455000030H3	6 GRAN TACUA				
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO		
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐							
CUAL: <input type="text"/>							
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":							
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO AUDITÓLOGO							
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)							
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.							
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.							
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.							
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.							
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.							
Pensionado: Certificado de pensión o de prepagados de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.							
Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.							
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante							
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)							
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.							
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.							
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.							
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)							
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)							
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.							
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)							
10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.							
CONSIDERACIONES							
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.							
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.							
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.							
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:							

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efectos de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Barroto DC, teléfono 344 44 84, e-mail varlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX-FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO, ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente/ Representante Legal

Huella Índice Derecho

X- INFORMACIÓN DE ENTREVISTA	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula	

XI- INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	



Declaración de Renta y Complementarios Personas
Naturales y Asimiladas No Obligadas a llevar Contabilidad

PRIVADA

210

1. Año 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

2111622094819



(415)7707212489984(8020)0002111622094819

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 7. Primer apellido 8. Segundo apellido 9. Primer nombre 10. Otros nombres 12. Cod. Dirección seccional

7 6 8 9 2 8 9 4 RUBIANO MACIAS CESAR ARMANDO 3 2

24. Actividad económica 8 6 2 1 Si es una corrección indique: 25. Cód 26. No Formulario anterior

28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")

Patrimonio	Total patrimonio bruto	30	383,175,000	Ganancia ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país	67	0
	Deudas	31	124,819,000		Ingresos por ganancias ocasionales en el exterior	68	0
	Total patrimonio líquido	32	258,356,000		Costos por ganancias ocasionales	69	0
Ingresos	Recibidos como empleado	33	28,667,000	Determinación de la renta gravable alternativa - IMAN, para empleados	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	70	0
	Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34	0		Ganancias ocasionales gravables	71	0
	Honorarios, comisiones y servicios	35	274,291,000		Total ingresos obtenidos periodo gravable	72	303,006,000
	Intereses y rendimientos financieros	36	48,000		Dividendos y participaciones no gravados	73	0
	Dividendos y participaciones	37	0		Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	74	0
	Otros (Ventas, arrendamientos, etc.)	38	0		Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	75	31,287,000
	Obtenidos en el exterior	39	0		Gastos de representación exentos	76	0
	Total ingresos recibidos por concepto de renta	40	303,006,000		Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	77	0
	Dividendos y participaciones	41	0		Pérdidas por desastres o calamidades públicas	78	0
	Donaciones	42	0		Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	79	0
	Pagos a terceros por alimentación	43	0		Costo fiscal de los bienes enajenados	80	0
	Otros ingresos no constitutivos de renta	44	39,000		Indemnizaciones y otros Lit. i) Art 332 ET.	81	0
	Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	45	39,000		Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez, fondos de cesantías y cuentas AFC	82	0
	Total ingresos netos	46	302,967,000		Renta Gravable Alternativa (Base del IMAN)	83	271,719,000
Costos y deducciones	Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	0	Descuentos	Impuesto sobre la renta líquida gravable	84	34,585,000
	Deducción por dependientes económicos	48	11,425,000		Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	85	28,573,000
	Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	8,325,000		Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0
	Otros costos y deducciones	50	51,910,000		Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0
	Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0		Por impuestos pagados en el exterior, distintos a los registrados anteriormente	88	0
	Total costos y deducciones	52	71,660,000		Otros	89	0
					Total descuentos tributarios	90	0
Renta	Renta líquida ordinaria del ejercicio	53	231,307,000	Liquidación privada	Impuesto neto de renta	91	34,585,000
	Pérdida líquida del ejercicio	54	0		Impuesto de ganancias ocasionales	92	0
	Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva)	55	0		Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0
	Renta líquida	56	231,307,000		Total impuesto a cargo	94	34,585,000
	Renta presuntiva	57	3,162,000		Anticipo renta por el año gravable 2016	95	0
	Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0		Saldo a favor año 2015 sin solicitud de devolución o compensación	96	0
	Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	17,650,000		Total retenciones año gravable 2016	97	34,311,000
	Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	0		Anticipo renta por el año gravable 2017	98	0
	Aportes a cuentas AFC	61	6,000,000		Saldo a pagar por impuesto	99	274,000
	Otras rentas exentas	62	0		Sanciones	100	0
	Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	51,912,000		Total saldo a pagar	101	274,000
	Total renta exenta	64	75,562,000		o Total saldo a favor	102	0
	Rentas gravables	65	0				
	Renta líquida gravable	66	155,745,000				

103. No. Identificación signatario

104. DV



(415)7707212489984(8020)364963000000076892890400(3900)00000000274000(96)20170816

105. No. Identificación dependiente

0

106. Parentesco 0

107. Total dependientes 0

981. Cód. Representación

997. Espacio exclusivo para el representante de la entidad

980. Pago total \$

274,000

Firma del declarante o de quien lo representa

998. Espacio para el número interno de la D.A. (Adicional)

201708162636562

