	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**		
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**Euranio José Manotas Maldonado**	**NIT/ CC No.**	8.526.853 - 3
CORREO ELECTRÓNICO	ejmanotas@hotmail.com	**TELÉFONO**	3004530277
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**N/A**	
No. CONTRATO	**318 de 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**328 Dias**
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales al grupo de registro sanitario de la Dirección de Alimentos y Bebidas para fortalecer el proceso de aseguramiento sanitario realizando la evaluación de requerimientos jurídicos en el procedimiento de la expedición de notificación sanitaria, permiso sanitario o registro sanitario, y trámites asociados de los productos objeto de vigilancia de esta Dirección.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 42.182.702,40**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 42.182.702,40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174,00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 38.324.528,40**	**VALOR PAGADO**	**$ 3.858.174,00**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	N/A	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**19 de enero al 18 de febrero del 2022**
BANCO	**Banco BBVA**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**136437464**

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

N/A

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI	**Facturas**	N/A	
Pago Parafiscales	N/A	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	**N° 1044102233 del mes de enero de 2022.**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ene-22**	**2022-02-21**	**125000**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**ene-22**	**2022-02-21**	**160000**	**COLPENSIONES**
ARL	**ene-22**	**2022-02-21**	**5300**	**ARL POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS**

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

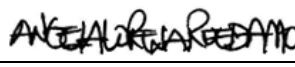
5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:
1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.
4. El contratista realizó el estudio de trámites de registros, permisos, notificaciones sanitarias y trámites asiociados de alimentos y bebidas alcohólicas. Igualmente dio cumplimiento con la programación de atención de usuarios (Telefónica, presencial y chat) y respondió las consultas y derechos de petición asignadas en los términos.

En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2022	2	21



ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA

Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	**318 de 2022**			
CONTRATISTA:	**Euranio Jose Manotas Maldonado**		**NIT / C.C No. :**	**8526853-3**
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales al grupo de registro sanitario de la Dirección de Alimentos y Bebidas para fortalecer el proceso de aseguramiento sanitario realizando la evaluación de requerimientos jurídicos en el procedimiento de la expedición de notificación sanitaria, permiso sanitario o registro sanitario, y trámites asociados de los productos objeto de vigilancia de esta Dirección.			
VALOR DEL CONTRATO	**CUARETA Y DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($42'182.702).**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2022-01-19**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**328 Días**
FECHA DE INICIO:	**2022-01-19**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2022-12-16**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2022-01-19**	**HASTA:**	**2022-02-18**
PAGO NÚMERO:	**PAGO 1**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Alimentos y Bebidas - DAB**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	1 Apoyar profesionalmente en la evaluación legal de los documentos aportados por el usuario para la concesión de las autorizaciones de comercialización (Registro Sanitario, Permiso Sanitario, Notificación sanitaria, Permiso de comercialización) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes	El reporte de tramites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 6 de febrero de 2022 el Invima fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista.	**No aplica**
2	2 Apoyar la gestión jurídica respecto de la elaboración de respuestas a las consultas internas	DERECHO DE PETICION 1 CONSULTAS 1 **Total** **2**	**La productividad se encuentra en el aplicativo de correspondencia donde puede ser verificada.**

	y externas, derechos de petición, recursos de reposición relacionados con registros sanitarios y trámites asociados de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes.		
3	3 Acompañar desde la atención jurídica la gestión de los registros sanitarios y trámites asociados que soliciten los ciudadanos por los distintos medios con los que cuenta el Instituto.	ATENCION TELEFONO(DIAS) 1 CHATS (DIAS) 1 **Total 2** Actividades de apoyo al grupo de registros sanitarios	**Puede ser verificada en los cronogramas de atención**
4	4 Verificar los requisitos de orden legal concernientes con la publicidad de los productos competencia de la Dirección de Alimentos y Bebidas.	Asistencia a una (1) reunión de revisión técnica del grupo de publicidad.	**Puede ser verificada en las actas de reuniones del Grupo de Publicidad de la DAB**
5	Consolidar y actualizar las bases de datos, aplicativos y archivos, establecidos en la Dirección Alimentos y Bebidas relacionados con el objeto del contrato.	Se consolidaron y actualización de base de datos solicitadas por los usuarios mediante derechos de petición	**Puede ser verificada en las Respuestas de peticiones a usuarios de la DAB**

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM			**FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS**

	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	INICIO	FINALIZACIÓN

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de Enero del año 2022.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	$ 3.858.174	$ 1.000.000	30	$290.300	1044102233	SIMPLE

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 42.182.702
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 3.858.174
Saldo del contrato	$ 38.224.528

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	x	

Atentamente,



EURANIO JOSÉ MANOTAS MALDONADO
Contratista
C.C. No. 8.526.853

Recibí a satisfacción:

Firma



ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas,
Dirección de Alimentos y Bebidas
Supervisor(a) Contrato 220 de 2020

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-02-21, 12:58:15 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2022
Empresa	EURANIO JOSE MANOTAS MALDONADO
CEDULA CIUDADANIA	CC 8526853
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8842454390 / 1044102233
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 296.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 160.000	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 125.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 5.300	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 6.000	$ 0

SubTotales:	$ 296.300	$ 0
Total a Pagar:		$ 296.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que estoy obligado (a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (X) NO ( )

2. Declaro bajo gravedad de juramento que he contratado o vinculado dos o más personas para desarrollar la actividad cuya remuneración es objeto de retención. SI ( ) NO (X)

3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, **son inferiores** a 3.500 UVT. ($127.078.000 con UVT año 2021 ($36.308) ($133.014.000 con UVT año 2022 ($38.004))). SI (X) NO ( )

4. Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco:
RESPONSABLE DE IVA ____; NO RESPONSABLE DE IVA__X__

5. Declaro bajo gravedad de juramento, acorde al Art. 387 del Estatuto Tributario que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
ISABELLA CAROLINA MANOTAS HERRERA	10	HIJA	1194967049

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

6. Soy pensionado según resolución No._____ (Adjunto copia). SI ( ) NO (X)

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No._____ con _____, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Articulo 383 del Estatuto Tributario y normas reglamentarias, cuyo valor no superara 100 UVT ($3.800.400) por mes NO APLICA

8. Declaro que soy titular de la **cuenta AFC** No. _____ Banco _____, consigno la suma de $_____. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes. (adjuntar soporte mensual) NO APLICA

9. Declaro que consigno a **pensiones voluntarias** en el Fondo de Pensiones _____, la suma de $_____,NO APLICA

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _____ la suma de $_____, que no supera las 16 UVT mensuales.(Adjuntar certificación de la entidad del año pasado) NO APLICA

11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (X) NO ( )

12. Si posee ingresos adiciones a este contrato sobre los cuales aporta seguridad social, enuncie la base (IBC) y el valor pagado sobre la cual aporto Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA. NO APLICA

Base (IBC) de Salud	_____	Aporte de Salud	_____
Base (IBC) de Pensión	_____	Aporte de Pensión	_____
Base (IBC) de ARL	_____	Aporte de ARL	_____

13. Autorizo me sea aplicada una tarifa del 10% persona natural no declarante o del 11% persona natural declarante de retencion en la fuente por Honorarios, siendo esta superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X).

Atentamente,



_____
Firma:
Nombres y Apellidos **EURANIO JOSE MANOTAS MALDONADO**
C.C. _____ 8,526,853 de ____ LURUACO ATLANTICO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14655389381

(415)7707212489984(8020) 000001465538938 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8526853	3	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	8526853	2001 08 15

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Atlántico 08	Luruaco 421

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANOTAS	MALDONADO	EURANIO	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 148 101 10 TO 3 AP 603

42. Correo electrónico: ejmanotas@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3004530277	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0010	2013 06 19	6910	2008 05 30				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	49																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 08 - 28

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MANOTAS MALDONADO EURANIO JOSE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2020

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2117630708431

(415)7707212489984(8020) 000211763070843 1

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
8526853	3	MANOTAS	MALDONADO	EURANIO	JOSE	32

24. Actividad económica principal	Si es una corrección indique:	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Pérdidas fiscales acumuladas años anteriores, sin compensar
0010					0

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	10,749,000	Deudas	30	119,015,000	Total patrimonio líquido	31	0

Cédula general

Conceptos/rentas	Rentas de trabajo		Rentas por honorarios y comp. de serv. personales sujetos a costos y gastos y no a las rentas exentas num. 10 art. 206 E.T.		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos	32	36,952,000	43	0	58	0	74	38,000
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	0	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0
Renta líquida	**34**	36,952,000	**46**	0	**61**	0	**78**	38,000
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y/o AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	9,238,000	48	0	64	0	81	0
Total rentas exentas	**37**	9,238,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
Deducciones imputables: Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0
Total deducciones imputables	**40**	0	**52**	0	**68**	0	**85**	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	**41**	9,238,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			**54**	0	**70**	0	**87**	38,000
Pérdida líquida del ejercicio			**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria	**42**	27,714,000	**57**	0	**73**	0	**90**	38,000

Ren. líquida céd. gen.	91	36,990,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	9,238,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	27,752,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. por exc renta presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	**R. líq. grav. cédula gen.**	**97**	27,752,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	**101**	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	**103**	0

Cédula de dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**106**	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	111	0
Rentas deudores régimen Ley 1116 de 2006, Decretos 560 y 772 de 2020	112	0
Utilización pérdidas fiscales acumuladas (Inc. 2, art 15 Decreto 772 de 2020)	113	0
Costos por ganancias ocasionales	114	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	115	0

Liquidación privada

Ganancias ocasionales gravables	**116**	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: General y de pensiones	117	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Renta presuntiva y de pensiones	118	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. subcédula	120	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. subcédula, y otros	121	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**122**	0
Descuentos: Imp. pagados en el exterior	123	0
Descuentos: Otros	125	0
Donaciones	124	0
Total descuentos trib.	**126**	0
Impuesto neto de renta	**127**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	128	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	129	0
Total impuesto a cargo	**130**	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	131	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	132	0
Retenciones año gravable a declarar y/o abono por inexequibilidad impuesto solidario por el COVID -19	133	182,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	134	0

Saldo a pagar por impuesto	135	0	Sanciones	136	0	Total saldo a pagar	137	0	Total saldo a favor	138	182,000

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio ... Entidad recaudadora

DIAN
2021-09-22 / 11:41:13 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

980. Pago total $: 0

982. Cód. Contador | Firma contador | 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91000832808694

2021271607210 7

RECIBIDO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.194.967.049

Indicativo Serial 50595895

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E J F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 12 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANOTAS	HERRERA

Nombre(s)

ISABELLA CAROLINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUN Día 10	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10672982 7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERRERA ALTAMIRANDA YULIECE CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.243.839	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MANOTAS MALDONADO EURANIO JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 8.526.853	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANOTAS MALDONADO EURANIO JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 8.526.853	CC 8526853 Lo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes JUN Día 20	ALVARO DE JESUS ARIZA FONTALVO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
CC 8526853 Firma	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

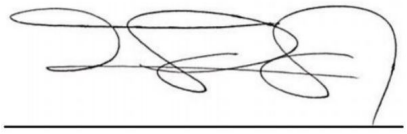
Que nuestro(a) cliente **EURANIO JOSE MANOTAS MALDONADO**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 8.526.853** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 136437464** aperturada el **05 de octubre de 2018**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **21** días del mes de **febrero** del año **2022**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0136437464**
Cuenta de 16 dígitos: **0136000200437464**
Cuenta de 20 dígitos: **00130136000200437464**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA