Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	22/05/2025	
		Código:	18-02-FO-0011	

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2025-11-01	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.	**DEPARTAMENTO:**	BOGOTÁ D.C.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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 Sur Occidente 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 VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		**PARTICULAR**		**CONTRATISTA OPS**	X	**SERVIDOR PUBLICO**		**OTRO**		**CUAL:**	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
CALA	**CAMARGO**	**SANDRA**	**CATALINA**

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52786061	BOGOTÁ D.C.	1997-11-26
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	NO

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIENTO**	**NACIONALIDAD:**
1979-06-18	BOGOTÁ D.C.	**COLOMBIA**	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	**PERSONA A CARGO**	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**
SOLTERO(A) X CASADO( ) DIVOR( )(A) ( )ON LIBRE ( ) VIUDO(A)	2	2	3165187975

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										**PROFESION / OFICIO**
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:		**CONTRATISTA**
	X									

DIRECCION RESIDENCIA:	**CIUDAD RESIDENCIA**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
Calle 95 #71-45	**BOGOTÁ D.C.**	**DISTRITO CAPITAL**	**COLOMBIA**	

CORREO ELECTRONICO:	**PORTAL O PAGINA INTERNET**	**TIPO DE VIVIENDA**		
calacamargo@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	**CIUDAD:**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS:**	**TELEFONO/FAX**

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**

TIPO DE IDENTIFICACION				**NUMERO IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: **SI** **NO**	NACIONALIDAD:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	22/05/2025	
		Código:	18-02-FO-0011	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. . . . ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	**SI** ☒ / **NO** ☐	**IVA**	**SI** ☐	**NO** ☒	**CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA** 8621
			ICA	**SI** ☒	**NO** ☐	**PRINCIPAL:** ☒ **SUNDARIA:** ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	**SI** ☐ **NO** ☒	**AGENTE RETENEDOR**		**SI** ☐ **NO** ☒	**AGENTE AUTORETENEDOR**	**SI** ☐ **NO** ☒

FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**	**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**
SI ☐ **NO** ☒	☐ **NO** ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	**# NIT**	900.959.048-4

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA ☐ NSPORTE T☐OLOGIA A☐ENTOS ☐DICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**	**PAIS**
CALLE 9# 39-46	7560505	BOGOTA D.C	DISTRITO CAPITAL	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA	**FECHA VINCULACION**	2019-08-20

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	**VENTAS ANUALES**	**CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA**	**DESCRIPCION ACTIVIDAD**	**FECHA CONSTITUCION**	**TIPO SOCIEDAD**

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		**EGRESOS MENSUALES**		**ACTIVOS**		**PASIVOS**	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 19.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 270.000.000
HONORARIOS	$ 25.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	$ 170.000.000	TARJETAS DE CREDI	$ 30.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 40.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 100.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 4.500.000	PROPIEDADES	$ 580.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 25.000.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 23.500.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 790.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 400.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	**DESCRIPCION OTROS EGRESOS**	**DESCRIPCION OTROS ACTIVOS**	**DESCRIPCION OTROS PASIVOS**
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
CAMACHO	**ARIZA**	**LAURA**	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 69 # 47 - 50 TORRE 2 APTO 902	**BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA**	**AMIGA Y COLEGA DE PROFESION**	**6410372 / 301 2335403**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**SUCURSAL**	**TELEFONO**
BANCO DAVIVIENDA	**TARJETA DE CREDICO Y CTA DE AHORROS**	**451570015508**	**PORTAL 80**	**3383838**

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**PAIS/CIUDAD**	**MONEDA**	**MONTO PROMEDIO**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACI☐ EXPORTACION☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

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 SUR OCCIDENTE 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA

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 SUR OCCIDENTE ESE** se destinaran a actividades licitas.
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 SUR OCCIDENTE ESE** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE 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 desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas 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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo 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 Publico.
NOTA: Todos los concepto 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 INFORMACIÓN 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 los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 requeriría 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 accederé 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) Envió 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 INFORMACION: 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 medica, 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 efecto 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 INFORMACION 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 capitulo 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 INFORMACION: 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 mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***,(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, 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.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Catalina Cala Camargo

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

DIAN

Declaración anual consolidada

PRIVADA

260

1. Año: 2024

171. Fracción año gravable siguiente: ☐

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2604600317694

(415)7707212489984(8020) 000260460031769 4

Datos generales

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
527860611	1	CALA	CAMARGO	SANDRA	CATALINA

11. Razón social

12. Cód. dirección seccional: 32

24. Actividad económica: 8621 — Si es una corrección indique: — 25. Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Tarifa SIMPLE consolidada: 7.3

Patrimonio	28. Total patrimonio bruto	29. Pasivos en el país y en el exterior	30. Total patrimonio líquido
	919,392,000	479,108,000	440,284,000

Liquidación impuesto SIMPLE

Grupos de actividades empresariales desarrolladas		Ingresos brutos anuales en todo el país (Sin incluir ganancias ocasionales)		Ingresos brutos anuales en el exterior (Sin incluir ganancias ocasionales)
Grupo 1	33	0	34	0
Grupo 2	35	0	36	0
Grupo 3	37	0	38	0
Grupo 3 (sic)	39	314,484,000	40	0
Grupo 6	41	0	42	0

Total ingresos brutos sin incluir ganancias ocasionales	43	314,484,000
Ingresos no constitutivos de renta	44	11,443,000
Total ingresos gravables	45	303,041,000
Impuesto SIMPLE	46	22,122,000
Componente ICA territorial anual	47	3,146,000
Valor componente SIMPLE nacional	48	18,976,000
Descuentos: Aportes al Sistema General de Pensiones a cargo del empleador	49	1,252,000
Descuentos: 0.5% ingresos por ventas y servicios con medios de pagos electrónicos	50	0
Descuentos: Gravamen a los movimientos financieros	51	12,000
Descuentos: **Total descuentos**	52	1,264,000
Impuesto neto SIMPLE	53	17,712,000
Retenciones y autorretenciones a título del impuesto de renta practicadas antes de pertenecer al Régimen SIMPLE	54	0
Anticipo de renta liquidado en el año gravable anterior	55	0
Anticipos impuesto SIMPLE efectivamente pagados	56	17,723,000
Saldo a favor por impuesto SIMPLE declaración año anterior	57	0
Saldo a pagar por impuesto SIMPLE	58	0
Sanciones por impuesto SIMPLE: Por extemporaneidad por impuesto SIMPLE	59	0
Sanciones por impuesto SIMPLE: Por corrección por impuesto SIMPLE	60	0
Sanciones por impuesto SIMPLE: Otras sanciones por impuesto SIMPLE	61	0
Sanciones por impuesto SIMPLE: **Total sanciones por impuesto SIMPLE**	62	0
Total saldo a pagar por impuesto SIMPLE	63	0
Total saldo a favor por impuesto SIMPLE	64	11,000
Sanciones por ICA territorial anual: Por extemporaneidad por ICA territorial anual	65	0
Sanciones por ICA territorial anual: Por corrección por ICA territorial anual	66	0
Sanciones por ICA territorial anual: Otras sanciones ICA territorial anual	67	0
Sanciones por ICA territorial anual: **Total sanciones ICA territorial anual**	68	0

Liquidación impuesto nacional al consumo de comidas y bebidas

Ingresos gravados con impuesto nacional al consumo de comidas y bebidas	69	0
Impuesto nacional al consumo	70	0
Impuesto nacional al consumo de comidas y bebidas efectivamente pagado	71	0
	72	0
Saldo a pagar por impuesto nacional al consumo	73	0
Sanciones por imp. al consumo de comidas y bebidas: Por extemporaneidad por impuesto al consumo	74	0
Sanciones por imp. al consumo de comidas y bebidas: Por corrección por impuesto al consumo	75	0
Sanciones por imp. al consumo de comidas y bebidas: Otras sanciones por impuesto al consumo	76	0
Sanciones por imp. al consumo de comidas y bebidas: **Total sanciones por impuesto al consumo**	77	0
Total saldo a pagar por impuesto nacional al consumo de comidas y bebidas	78	0
Total saldo a favor por impuesto nacional al consumo de comidas y bebidas	79	0

Liquidación impuesto ganancia ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	80	0
Costos por ganancias ocasionales	81	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	82	0
Ganancias ocasionales gravables	83	0
Impuesto de ganancias ocasionales	84	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	85	0
Impuesto neto de ganancias ocasionales	86	0
Saldo a favor por ganancias ocasionales declaración año anterior	87	0
Retenciones y autorretenciones a título del impuesto sobre ganancia ocasional practicadas	88	0
Saldo a pagar por impuesto de ganancias ocasionales	89	0
Sanciones por impuesto de ganancias ocasionales: Por extemporaneidad por impuesto de GO	90	0
Sanciones por impuesto de ganancias ocasionales: Por corrección por impuesto de GO	91	0
Sanciones por impuesto de ganancias ocasionales: Otras sanciones por impuesto GO	92	0
Sanciones por impuesto de ganancias ocasionales: **Total sanciones por impuesto GO**	93	0
Total saldo a pagar por impuesto de ganancias ocasionales	94	0
Total saldo a favor por impuesto de ganancias ocasionales	95	0

Anticipos impuesto SIMPLE

		Impuesto nacional al consumo de comidas y bebidas efectivamente pagado	
96. Bim. 1	2,739,000	102. Bim. 1	0
97. Bim. 2	2,795,000	103. Bim. 2	0
98. Bim. 3	2,877,000	104. Bim. 3	0
99. Bim. 4	2,827,000	105. Bim. 4	0
100. Bim. 5	3,201,000	106. Bim. 5	0
101. Bim. 6	3,284,000	107. Bim. 6	0

Ajustes mayores anticipos SIMPLE

108. Bim. 1: 0	110. Bim. 3: 0	112. Bim. 5: 0
109. Bim. 2: 0	111. Bim. 4: 0	113. Bim. 6: 0

Ajustes mayores valores impuesto nacional al consumo de comidas y bebidas

114. Bim. 1: 0	116. Bim. 3: 0	118. Bim. 5: 0
115. Bim. 2: 0	117. Bim. 4: 0	119. Bim. 6: 0

120. No. Identificación signatario — 121. DV

981. Cód. Representación ☐☐

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal ☐

Firma Contador o Revisor Fiscal — 994. Con salvedades ☐

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo … dad recaudadora

2025 … :04

DIAN

2025-04-14 / 04:47:04 PM

Fecha Acuse de Recibo

Firmado

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

91900282444521

1

2025163681811 3

RECIBIDO

DIAN

Declaración anual consolidada (Hoja No. 2)

PRIVADA

260

1. Año 2024

171. Fracción año gravable siguiente ☐

Página 2 de 3 **Hoja No. 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2604600317694

(415)7707212489984(8020) **000260460031769 4**

Datos generales

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
52786061	1	CALA	CAMARGO	SANDRA	CATALINA

11. Razón social

12. Cód. Dirección seccional: 32

122. Departamento	Cód.	123. Municipio	Cód.
Bogotá D.C.	11	Bogotá, D.C.	11001

Base gravable ICA

Ingresos brutos anuales en este municipio o distrito	**124**	314,484,000
Por devoluciones, rebajas y descuentos	125	0
Por exportaciones	126	0
Por venta de activos fijos	127	0
Por actividades excluidas o no sujetas y otros ingresos no gravados	128	0
Por otras actividades exentas en este municipio o distrito	129	0
Total ingresos gravables anuales en este municipio o distrito	**130**	314,484,000

Discriminación de actividades gravadas ICA

Actividades gravadas	131. Código CIIU	132. Ingresos gravados	133. Tarifa (por mil)	134. Impuesto
Actividad 1 (Principal)	8621	314484000	10	3146000
Actividad 2				
Actividad 3				
Actividad 4				
Actividad 5				
Actividad 6				
Actividad 7				
Actividad 8				
Actividad 9				
Actividad 10				
Actividad 11				
Actividad 12				
Actividad 13				
Actividad 14				
Actividad 15				
Actividad 16				

Valores a pagar ICA

	Total impuesto de industria y comercio consolidado anual	**135**	3,146,000
	Exención o exoneración sobre el impuesto	136	0
	Total saldo a cargo impuesto de industria y comercio consolidado anual	**137**	3,146,000
	Otros beneficios e incentivos	138	0
	Total componente ICA territorial anual	**139**	3,146,000
	Retenciones o autorretenciones a título de ICA practicadas antes de pertenecer al Régimen SIMPLE	140	0
	Anticipos ICA efectivamente pagados	141	3,146,000
	Saldo a favor solicitado en el municipio o distrito	142	0
	Saldo a pagar componente ICA territorial	**143**	0
Sanciones por componente ICA territorial	Sanción por extemporaneidad por componente ICA territorial anual	144	0
	Sanción por corrección por componente ICA territorial anual	145	0
	Otras sanciones por componente ICA territorial anual	146	0
	Total sanciones por componente ICA territorial anual	**147**	0
	Total saldo a pagar en el municipio o distrito	**148**	0
	Total saldo a favor a solicitar en el municipio o distrito	**149**	0

Anticipos ICA			Ajustes mayores anticipos ICA		
150. Bim. 1: 506,000	152. Bim. 3: 530,000	154. Bim. 5: 529,000	156. Bim. 1: 0	158. Bim. 3: 0	160. Bim. 5: 0
151. Bim. 2: 516,000	153. Bim. 4: 520,000	155. Bim. 6: 545,000	157. Bim. 2: 0	159. Bim. 4: 0	161. Bim. 6: 0

RECIBIDO

DIAN

Patrimonio bruto poseído en el país y en el exterior

PRIVADA

260

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2604600317694

(415)7707212489984(8020) **000260460031769 4**

	Relación patrimonio bruto en el país		Valor patrimonial $
Patrimonio bruto en el país	Efectivo y equivalentes al efectivo	162	18,314,000
	Inversiones e instrumentos financieros derivados	163	269,743,000
	Cuentas, documentos y arrendamientos financieros por cobrar	164	96,217,000
	Inventarios	165	0
	Activos intangibles	166	0
	Activos biológicos	167	0
	Propiedades, planta y equipo, propiedades de inversión y ANCMV	168	535,118,000
	Otros activos	169	0
Patrimonio bruto en el exterior		170	0

RECIBIDO