| 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: | BOGOTA D.C | DEPARTAMENTO: | BOGOTA 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 |
|---|---|---|---|
| MANRIQUE | PEREZ | FRAY | RAUL |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 79340415 | BOGOTA D.C | 1983-08-24 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI | NO |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1964-08-30 | BOGOTA D.C | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) CASADO X DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A) | 3 | 4 | 3118118317 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CRA 68B #22A-71 INT 4 APTO 813 | BOGOTA D.C | BOGOTA D.C | COLOMBIA | 4270238 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| FRMANRIQUEP@YAHOO.COM.AR | | 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 |
|---|---|---|---|
| BELLO | GOMEZ | DORA | MARIA |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 39536361 | BOGOTÁ D.C. | 1983-11-07 | |
| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI | N X | NACIONALIDAD: COLOMBIANA |

| 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 [X] | COMERCIANTE [ ] | EMPLEADO PUBLICO [ ] | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE [X] | EMPLEADO SOCIO [ ] | | OTRA. . . . . [ ] | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:** | **DECLARA RENTA** | **SI** [X] | **IVA** | **SI** [ ] | **NO** [X] | **CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA** 8621 |
| | | **NO** [ ] | **ICA** | **SI** [ ] | **NO** [X] | **PRINCIPAL:** **SECUNDA** [X] [ ] |
| **GRAN CONTRIBUYENTE** | **SI** [ ] **NO** [ ] | **AGENTE RETENEDOR** | | **SI** [ ] **NO** [X] | | **AGENTE AUTORETENEDOR** **SI** [ ] **NO** [X] |

| **FUNCIONARIO PUBLICO** | **ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS** | **NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA** |
|---|---|---|
| **SI** [X] **NO** [ ] | [ ] **NO** [X] | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. |

| **ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA** | GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [X] | **# NIT** | 900.959.048-4 |
|---|---|---|---|

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] NANCIERA [ ] ANSPORTE [ ] NOLOGIA [ ] MENTOS ME[ ]AMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL:

| **DIRECION DE LA EMPRESA** | **TELEFONO** | **CIUDAD/MUNICIPIO** | **DEPARTAMENTO** | **PAIS** |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 9 # 40-38 | 7560505 | BOGOTA/COLOMBIA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA |

| **CARGO ACTUAL** | MEDICO ESPECIALISTA EN PEDRIATRIA | **FECHA VINCULACION** | 2000-11-17 |
|---|---|---|---|

## 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 | $ 11.000.000 | GASTOS FAMILIARES | $ 15.000.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | $ 8.000.000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | $ 2.000.000 | CUOTA VEHICULO | $ 1.700.000 | VEHICULOS | $ 120.000.000 | DEUDA VEHICULOS | $ 1.700.000 |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | $ 474.204.000 | DEUDAS TERCEROS | $ 65.000.000 |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | $ 1.800.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | $ 1.800.000 |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 21.000.000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 18.500.000** | **TOTAL ACTIVOS** | **$ 594.204.000** | **TOTAL PASIVOS** | **$ 68.500.000** |

| **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** |
|---|---|---|---|
| **LOPEZ** | **QUIROGA** | **WILLIAM** | **ARMANDO** |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| **KL 2,5 VIA CHICA CAJICA FONTANAR,ACACIAS CASA 39** | **CHIA** | **COLEGA** | **3102449415** |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| **NOMBRE ENTIDAD** | **TIPO DE PRODUCTO** | **NUMERO** | **SUCURSAL** | **TELEFONO** |
|---|---|---|---|---|
| **DAVIVIENDA** | **AHORRO** | **7380353651** | **CIUDAD SALITRE** | **3383838** |

**MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI** **NO** [X]

| **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:

IMPO[ ]ACION [ ] EXPORT[ ]ON [ ] TRANSFERE[ ]AS [ ] PRESTAM[ ] [ ] PAGO SERVICIOS[ ] [ ] OTRA [ ]

**CUAL:**

| 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 | |

**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 EN PEDRIATRIA

**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:

| 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 | |

**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.

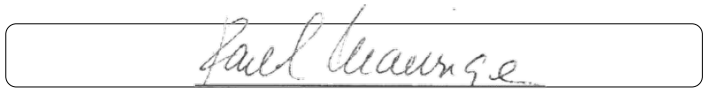
**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

**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



**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho**

# DIAN

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

PRIVADA

**210**

1. Año: 2024

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118690203850

(415)7707212489984(8020) 000211869020385 0

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 9 3 4 0 4 1 5 | 9 | MANRIQUE | PEREZ | FRAY | RAUL | 3 2 |

24. Actividad económica principal: 0 0 1 0 | Si es una corrección indique: | 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Fracción año gravable siguiente | 28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica: 337,000

| Patrimonio | Total patrimonio bruto | 29 | 610,075,000 | Deudas | 30 | 46,525,000 | Total patrimonio líquido | 31 | 563,550,000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Cédula general**

| Conceptos/rentas | | Rentas de trabajo | | Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria | | Rentas de capital | | Rentas no laborales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos brutos | | 32 | 248,801,000 | 43 | 93,599,000 | 58 | 0 | 74 | 0 |
| Devoluciones, rebajas y descuentos | | | | | | | | 75 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | | 33 | 37,042,000 | 44 | 0 | 59 | 0 | 76 | 0 |
| Costos y deducciones procedentes | | | | 45 | 39,825,000 | 60 | 0 | 77 | 0 |
| **Renta líquida** | | **34** | 211,759,000 | **46** | 53,774,000 | **61** | 0 | **78** | 0 |
| Rentas líquidas pasivas - ECE | | | | | | 62 | 0 | 79 | 0 |
| Rentas exentas | Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC | 35 | 0 | 47 | 0 | 63 | 0 | 80 | 0 |
| | Otras rentas exentas | 36 | 43,067,000 | 48 | 0 | 64 | 0 | 81 | 0 |
| | **Total rentas exentas** | **37** | 43,067,000 | **49** | 0 | **65** | 0 | **82** | 0 |
| Deducciones imputables | Intereses de vivienda | 38 | 0 | 50 | 0 | 66 | 0 | 83 | 0 |
| | Otras deducciones imputables | 39 | 70,125,000 | 51 | 0 | 67 | 0 | 84 | 0 |
| | **Total deducciones imputables** | **40** | 70,125,000 | **52** | 0 | **68** | 0 | **85** | 0 |
| **Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)** | | **41** | 63,067,000 | **53** | 0 | **69** | 0 | **86** | 0 |
| **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | | | | **54** | 53,774,000 | **70** | 0 | **87** | 0 |
| **Pérdida líquida del ejercicio** | | | | **55** | 0 | **71** | 0 | **88** | 0 |
| Compensaciones por pérdidas | | | | 56 | 0 | 72 | 0 | 89 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria** | | **42** | 148,692,000 | **57** | 53,774,000 | **73** | 0 | **90** | 0 |

| **Ren. líquida céd. gen.** | **91** | 265,533,000 | **Ren. ex. y ded. imp. li.** | **92** | 63,404,000 | **R. líq. ord. cédula gen.** | **93** | 202,129,000 | Comp. pérdidas año 2018 y ant. | 94 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Comp. exc. ren. presuntiva | 95 | 0 | Rentas gravables | 96 | 0 | **R. líq. grav. cédula gen.** | **97** | 202,129,000 | 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/o 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 años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T. | 107 | 0 |
| 2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T. | 108 | 0 |
| Dividendos y participaciones recibidas del exterior | 109 | 0 |
| Rentas exentas de la casilla 109 | 110 | 0 |
| Renta liquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.) | 111 | 202,129,000 |

**Ganancias ocasionales**

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior | 112 | 0 |
| Costos por ganancias ocasionales | 113 | 0 |
| Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 114 | 0 |
| **Ganancias ocasionales gravables** | **115** | 0 |

**Liquidación privada**

| | | |
|---|---|---|
| Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones | 116 | 40,111,000 |
| Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones | 117 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.) | 118 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2016 | 119 | 0 |
| Por dividendos y participaciones recibidas del exterior | 120 | 0 |
| **Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables** | **121** | 40,111,000 |

| Descuentos tributarios: Imp. pagados en el exterior | 122 | 0 | Donaciones | 123 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|
| Descuentos tributarios: Dividendos., particip. y otros | 124 | 0 | Total descuentos trib. | **125** | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Impuesto neto de renta** | **126** | 40,111,000 |
| **Impuesto de ganancias ocasionales** | **127** | 0 |
| Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 128 | 0 |
| **Total impuesto a cargo** | **129** | 40,111,000 |
| Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 130 | 0 |
| Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 131 | 0 |
| Retenciones año gravable a declarar | 132 | 35,005,000 |
| Anticipo renta para el año gravable siguiente | 133 | 0 |

| Saldo a pagar por impuesto | 134 | 5,106,000 | Sanciones | 135 | 0 | Total saldo a pagar | 136 | 5,106,000 | Total saldo a favor | **137** | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número de dependientes económicos | 138 | 0 | Adición por dependientes a la casilla 92 | 139 | 0 | Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X | 140 | 0 | Aporte voluntario | 141 | 0 |

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

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

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para uso de la entidad recaudadora

DIAN — Fecha Acuse de Recibo — Firmado

2025-08-20 / 04:54:10 PM

2 0 2 5 - 0 8 - 2 0 6 : 5 4 : 1 0

**980. Pago total $**: 0

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

91900330750741

2 0 2 5 0 3 0 7 1 9 2 6 0 2

RECIBIDO