

1. Año **2 0 2 2**
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario **52451001640615**



(415)7707212489984(8020) 005245100164061 5

Información general

5. No. Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 6 9 5 0 7 8		11. Razón social FUNDACION TU MEDICO	
12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Manizales		Cód. 1 0	13. Dirección principal CR 18 23 39 LC 10
15. Teléfono 3168783346			
24. País COLOMBIA		Cód. 1	16. Departamento Caldas
		Cód. 1 7	17. Ciudad / Municipio Manizales
25. Correo electrónico hcmedico@gmail.com		26. Número sedes o establecimientos	27. Fecha constitución de la entidad 2 0 1 4 0 1 2 8
28. Sector cooperativo			
29. Actividad económica principal 8621	30. Actividad económica secundaria 8699	31. Otras actividades económicas 1	32. Otras actividades económicas 2 9499
33. Entidad de vigilancia y control Superintendencia Nacional de Salud			

34. Tipo de solicitud Calificación		Cód. 1	35. Año gravable 2022	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante https://tumedicomanzales.com/#inicio	37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://tumedicomanzales.com/#inicio
38. Tipo persona representante 1	39. Tipo de documento 1 3	40. Número documento de identificación 10286088			
		41. Primer apellido HURTADO		42. Segundo apellido GOMEZ	
		43. Primer nombre JUAN		44. Otros nombres CARLOS	
45. NIT de la persona jurídica que ejerce la representación legal		46. Razón social de la persona jurídica que ejerce la representación legal			

Actividades meritorias

47. Actividad meritoria 1 Salud (no incluye las excepciones)	Cód. 1 0 6	48. Actividad meritoria 2	Cód.	49. Actividad meritoria 3	Cód.	50. Actividad meritoria 4	Cód.
--	----------------------	---------------------------	------	---------------------------	------	---------------------------	------

Beneficio o excedente neto - patrimonio

51. Resultado fiscal a 31 de diciembre del año anterior 2296176	52. Resultado contable a 31 de diciembre del año anterior 2296176	53. Monto del beneficio o excedente neto a 31 de diciembre del año anterior 2296176	54. Monto del beneficio o excedente registrado en la casilla 53, aprobado para reinvertir en este año 2296176
55. Destino de la reinversión del beneficio o excedente neto REINVERTIDOS EN EL OBJETO SOCIAL			
56. Monto del patrimonio bruto a 31 de diciembre del año gravable inmediatamente anterior. En caso de ser una entidad creada en el presente año, informar el patrimonio de constitución. 28249284		57. Monto del patrimonio líquido a 31 de diciembre del año gravable inmediatamente anterior. En caso de ser una entidad creada en el presente año, informar el patrimonio de constitución. 2296276	
58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior		59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior	

Pagos salariales a cargos directivos y gerenciales o personas jurídicas que representan legalmente la entidad

60. Monto total de pagos salariales a los miembros de los cuerpos directivos del año inmediatamente anterior o los pagos del año actual cuando es una nueva entidad 0	61. Monto total de pagos a sociedades u otras entidades por la representación legal del año inmediatamente anterior o los pagos del año actual cuando es una nueva entidad 0	62. Total pagos 0
---	--	-----------------------------

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres **6890652**
1002. Tipo doc. **1 3** 1003. No. identificación **1 0 2 8 6 0 8 8** 1004. DV **1**
1005. Cód. Representación **REPRS LEGAL PRIN**
1006. Organización **FUNDACION TU MEDICO**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451001640615



(415)7707212489984(8020) 005245100164061 5

Anexos soporte

	63. Nombre documento	64. Número de radicado	65. Total folios
1	Copia de la escritura pública, documento privado o acta de constitución en donde conste que está legalmente	25421011468557	4
2	Los estados financieros de la entidad.	2542101140658	2
3	Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente, en el cual figuren	25421011469191	8
4	Copia del acta de la Asamblea General o máximo órgano de dirección, en la que se autorice al representante	25421011469895	1
5	Copia de los estatutos de la entidad o Acta del máximo órgano directivo donde se indique que el objeto so	25421011469666	3
6	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421011139403	1
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			

PRESENTE

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451001640615



(415)7707212489984(8020) 005245100164061 5

Presentación de información por envío de archivos (Prevalidadores)

	66. Formato (código)	67. Número solicitud	68. Fecha solicitud			69. Total registros	70. Valor total de las donaciones / asignaciones permanentes					
			Año	Mes	Día							
1	2530	100066004513340	2	0	2	1	0	3	3	0	1	
2	2531	100066004515458	2	0	2	1	0	3	3	0	1	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												

PRESENTADO