

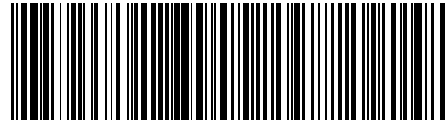
1. Año 2 0 2 5

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002595425



(415)7707212489984(8020) 005245100259542 5

**Información general**

Datos del solicitante	5. No. Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 4 4 1 4 5 7		11. Razón social FUNDACION CLINICA MAICAO	
	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Riohacha		Cód. 2 5	13. Dirección principal CL 16 6 59
	15. Teléfono 3104672145			
	24. País COLOMBIA		Cód. 1	16. Departamento La Guajira
Datos de la solicitud	17. Ciudad / Municipio Maicao		Cód. 4 4	18. Ciudad / Municipio Maicao
	25. Correo electrónico fundacionclinicamaicao@gmail.com		26. Número sedes o establecimientos 2 0 1 4 1 0 1 6	
	27. Fecha constitución de la entidad 2 0 1 4 1 0 1 6		28. Sector cooperativo	
	29. Actividad económica principal 9499		30. Actividad económica secundaria	
Representación legal	31. Otras actividades económicas 1		32. Otras actividades económicas 2	
	33. Entidad de vigilancia y control Gobernaci?n			
	34. Tipo de solicitud Actualización		Cód. 2	35. Año gravable 2025
	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante www.fundacionclinicamaicao.com		37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://fundacionclinicamaicao.com	
Representación legal	38. Tipo persona representante 1		39. Tipo de documento 1 3	
	40. Número documento de identificación 1124032039			
	41. Primer apellido UTRIA		42. Segundo apellido CALERO	
	43. Primer nombre MEYLIS		44. Otros nombres	
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 0	52. Resultado contable a 31 de diciembre del año anterior 0	53. Monto del beneficio o excedente neto a 31 de diciembre del año anterior 0	54. Monto del beneficio o excedente registrado en la casilla 53, aprobado para reinvertir en este año 0
--	--	--	--

55. Destino de la reinversión del beneficio o excedente neto  
Los ingresos recibidos fueron invertidos en su totalidad en la ejecución del objeto social de la entidad.

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. 21773308	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. 10000000
58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior 1117620313881	59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior 91900296235051

**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 107340365  
1002. Tipo doc. 1 3 1003. No. identificación 1 1 2 4 0 3 2 0 3 9 1004. DV 5  
1005. Cód. Representación REPRS LEGAL PRIN  
1006. Organización FUNDACION CLINICA MAICAO

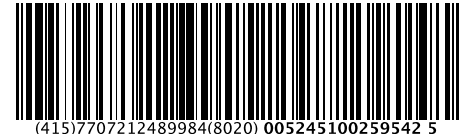
997. Fecha de expedición 2 0 2 5 - 0 6 - 2 6 / 1 4 : 2 9 : 0 0

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002595425



(415)7707212489984(8020) 005245100259542 5

**Anexos soporte**

	63. Nombre documento	64. Número de radicado	65. Total folios
1	Un informe anual de resultados, o Informe de gesti?n para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421015783947	19
2	Los estados financieros de la entidad.	25421016072858	17
3	Certificaci?n de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421016072897	1
4	Certificaci?n del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421016072937	1
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			
49			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002595425



(415)7707212489984(8020) 005245100259542 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	100066005427899	2022	03	31	6	
2	2531	100066006941039	2025	06	19	7	
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							