

1. Año **2 0 2 4**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002218131



(415)7707212489984(8020) 005245100221813 1

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 Gobernación			
	34. Tipo de solicitud Actualización		Cód. 2	35. Año gravable 2024
	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante www.fundacionclinicamaicao.com		37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://www.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
El total de ingresos recibidos fue invertido en un 100% en el objeto social de la Fundación.

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. 17588018	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	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

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 4 - 0 4 - 1 0 / 1 8 : 3 3 : 2 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451002218131



(415)7707212489984(8020) 005245100221813 1

Anexos soporte

	63. Nombre documento	64. Número de radicado	65. Total folios
1	Un informe anual de resultados, o Informe de gestión para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421014010191	13
2	Los estados financieros de la entidad.	25421014010208	18
3	Certificación de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421014011388	3
4	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421014011395	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

52451002218131



(415)7707212489984(8020) 005245100221813 1

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	2	0	2	2	0
2	2531	100066006288192	2	0	2	4	0
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							