

1. Año 2 0 2 5

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002710691



(415)7707212489984(8020) 0052451002710691

Información general

5. No. Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 3 1 8 0 5 4		11. Razón social FUNDACION MEDICAL DUARTE	
12. Dirección seccional Impuestos de Cúcuta		Cód. 7	13. Dirección principal CL 11 A 1 E 135 ED ALTAMIRA P 2
15. Teléfono 5714735			
24. País COLOMBIA		Cód. 1	16. Departamento Norte de Santander
		Cód. 5 4	17. Ciudad / Municipio Cúcuta
25. Correo electrónico funmedical@fundacionmedicalduarte.org		26. Número sedes o establecimientos	27. Fecha constitución de la entidad 2 0 1 9 0 9 0 2
28. Sector cooperativo			
29. Actividad económica principal 9499	30. Actividad económica secundaria 8551	31. Otras actividades económicas 1	32. Otras actividades económicas 2 4771
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 https://fundacionmedicalduarte.org/	37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://fundacionmedicalduarte.org/decreto2150
38. Tipo persona representante 1	39. Tipo de documento 1 3	40. Número documento de identificación 37236622			
		41. Primer apellido RUEDA		42. Segundo apellido DE PAEZ	
		43. Primer nombre CECILIA		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 Promocion del desarrollo empresari	Cód. 1 3 7	48. Actividad meritoria 2 Promoción y apoyo a las actividad	Cód. 1 3 6	49. Actividad meritoria 3 Actividades de promoción y desarrol	Cód. 1 0 8	50. Actividad meritoria 4 Educación para el trabajo y desarr	Cód. 1 0 4
---	---------------	--	---------------	--	---------------	---	---------------

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 NO HUBO EXCEDENTES			
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. 32513000		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. 0	
58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior 1117617063623		59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior 91900300921536	

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

26825516

1002. Tipo doc. 1 3 1003. No. identificación 3 7 2 3 6 6 2 2

1004. DV 1

1005. Cód. Representación REPRS LEGAL PRIN

1006. Organización FUNDACION MEDICAL DUARTE

997. Fecha de expedición 2 0 2 5 - 0 6 - 2 5 / 1 7 : 1 9 : 2 0

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451002710691



(415)7707212489984(8020) 005245100271069 1

Anexos soporte

	63. Nombre documento	64. Número de radicado	65. Total folios
1	Certificaci?n donde se indiquen los nombres e identificaci?n de los cargos directivos y gerenciales, y de	25421016334331	1
2	Un informe anual de resultados, o Informe de gesti?n para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421016334499	53
3	Los estados financieros de la entidad.	25421016334775	20
4	Certificaci?n de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421016334958	2
5	Certificaci?n del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421016335078	1
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			

PRESENTAR

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451002710691



(415)7707212489984(8020) 005245100271069 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	100066007029964	20	25	06	25	6
2	2531	100066007030062	20	25	06	25	10
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							

