

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

4. Número de formulario **52451001668935**



(415)7707212489984(8020) 005245100166893 5

**Información general**

5. No. Identificación Tributaria (NIT) <b>9 0 0 9 5 9 2 5 9</b>		11. Razón social <b>FUNDACION CENTRO HOSPITALARIO TATAMA</b>	
12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Pereira		Cód. <b>1 6</b>	13. Dirección principal <b>CR 7 BIS 18 B 31 OF 302 B ED SANTIAGO LONDOÑO</b>
15. Teléfono <b>3253024</b>			
24. País <b>COLOMBIA</b>		Cód. <b>1</b>	16. Departamento <b>Risaralda</b>
		Cód. <b>6 6</b>	17. Ciudad / Municipio <b>Pereira</b>
		Cód. <b>6 6 0</b>	
25. Correo electrónico <b>mariacris59@gmail.com</b>		26. Número sedes o establecimientos	27. Fecha constitución de la entidad <b>2 0 1 6, 0 4, 1 2</b>
28. Sector cooperativo			
29. Actividad económica principal <b>9499</b>	30. Actividad económica secundaria	31. Otras actividades económicas 1	32. Otras actividades económicas 2
33. Entidad de vigilancia y control <b>Cámara de Comercio</b>			

34. Tipo de solicitud <b>Actualización</b>		Cód. <b>2</b>	35. Año gravable <b>2022</b>	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante <b>www.tatama.org</b>	37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web <b>https://tatama.org/</b>
38. Tipo persona representante <b>1</b>	39. Tipo de documento <b>1 3</b>	40. Número documento de identificación <b>10081996</b>			
		41. Primer apellido <b>SERNA</b>		42. Segundo apellido <b>VALENCIA</b>	
		43. Primer nombre <b>JUAN</b>		44. Otros nombres <b>GUILLERMO</b>	
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 <b>Promoción y apoyo a entidades sin ánimo de lucro</b>	Cód. <b>4 1</b>	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 <b>95527000</b>	52. Resultado contable a 31 de diciembre del año anterior <b>0</b>	53. Monto del beneficio o excedente neto a 31 de diciembre del año anterior <b>95527000</b>	54. Monto del beneficio o excedente registrado en la casilla 53, aprobado para reinvertir en este año <b>95527000</b>
----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

55. Destino de la reinversión del beneficio o excedente neto  
**PARA LOS AÑOS 2022 Y 2023, REALIZAR ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO DEL HOSPITAL.**

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. <b>223012000</b>	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. <b>199080000</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 <b>0</b>	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 <b>0</b>	62. Total pagos <b>0</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres **6705197**  
1002. Tipo doc. **1 3** 1003. No. identificación **1 0 0 8 1 9 9 6** 1004. DV **3**  
1005. Cód. Representación **REPRS LEGAL PRIN**  
1006. Organización **FUNDACION CENTRO HOSPITALARIO TATAMA**

997. Fecha de expedición **2 0 2 2-0 3-3 1/1 0:2 1:4 1**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451001668935



(415)7707212489984(8020) 005245100166893 5

**Anexos soporte**

	63. Nombre documento	64. Número de radicado	65. Total folios
1	Certificación donde se indiquen los nombres e identificación de los cargos directivos y gerenciales, y de	25421011266143	1
2	Un informe anual de resultados, o Informe de gestión para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421011266627	4
3	Los estados financieros de la entidad.	25421011266895	14
4	Certificación de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421011267009	1
5	Copia de los estatutos de la entidad o Acta del máximo órgano directivo donde se indique que el objeto so	25421011293389	3
6	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421011269187	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

52451001668935



(415)7707212489984(8020) 005245100166893 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	100066003460583	2	0	2	0	0	6	1	1	289	
2	2531	100066003460616	2	0	2	0	0	6	1	1	2	
3	2532	100066005408906	2	0	2	2	0	3	3	1	59	310859880
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												

