

1. Año **2 0 2 4**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002504820



(415)7707212489984(8020) 005245100250482 0

Información general

5. No. Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 5 3 7 5 3 3		11. Razón social FUNDACION CLINICA VALLE DE SINAI	
12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Puerto Asís		Cód. 4 6	13. Dirección principal CR 6 VIA LA DORADA BRR CIUADELA UNIVERSITARIA
15. Teléfono 3125838250			
24. País COLOMBIA		Cód. 1	16. Departamento Putumayo
17. Ciudad / Municipio Valle del Guamuez		Cód. 8 6	17. Ciudad / Municipio Valle del Guamuez
25. Correo electrónico fvallesinai@gmail.com		28. Sector cooperativo 8 6 8	
26. Número sedes o establecimientos 2 0 2 1 1 1 0 5		27. Fecha constitución de la entidad 2 0 2 1 1 1 0 5	
29. Actividad económica principal 9499	30. Actividad económica secundaria 8610	31. Otras actividades económicas 1	32. Otras actividades económicas 2 8699
33. Entidad de vigilancia y control Superintendencia Nacional de Salud			

34. Tipo de solicitud Calificación		Cód. 1	35. Año gravable 2024	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante https://www.valledelsinai.com/	37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://www.valledelsinai.com/regimen-tributario-e
38. Tipo persona representante 1	39. Tipo de documento 1 3	40. Número documento de identificación 18158156			
		41. Primer apellido ZAMBRANO		42. Segundo apellido VITONAS	
		43. Primer nombre JOHN		44. Otros nombres DEIVI	
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

No hubo beneficio o excedente neto

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. 44832000	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. 16876000
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior 1117610592990	59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior 91900135451174
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 **104138449**

1002. Tipo doc. **1 3** 1003. No. identificación **1 8 1 5 8 1 5 6** 1004. DV **5**

1005. Cód. Representación **REPRS LEGAL PRIN**

1006. Organización **FUNDACION CLINICA VALLE DE SINAI**

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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002504820



(415)7707212489984(8020) 005245100250482 0

Anexos soporte

	63. Nombre documento	64. Número de radicado	65. Total folios
1	Certificación de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421015346680	1
2	Copia de la escritura pública, documento privado o acta de constitución en donde conste que está legalme	25421014248653	3
3	Declaración de Impuesto sobre la renta y complementario	25421014248542	1
4	Los estados financieros de la entidad.	25421014248607	9
5	Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente, en el cual figuren	25421014248660	8
6	Copia del acta de la Asamblea General o máximo órgano de dirección, en la que se autorice al representa	25421014248685	4
7	Copia de los estatutos de la entidad o Acta del máximo órgano directivo donde se indique que el objeto so	25421014248700	15
8	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421014248732	1
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

52451002504820



(415)7707212489984(8020) 005245100250482 0

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		2	0	2	4	4
2	2531		2	0	2	4	4
3	2532		2	0	2	4	1
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							

