

1. Año 2 0 2 4

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002297068



(415)7707212489984(8020) 005245100229706 8

Información general

5. No. Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 3 7 2 9 5 0		11. Razón social CORPORACION DE GESTION MEDICA Y CUIDADO CRITICO	
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		Cód. 3 2	13. Dirección principal CR 9 A 17 55 SUR P 2
15. Teléfono 7046446			
24. País COLOMBIA		Cód. 1	16. Departamento Bogotá D.C.
27. Fecha constitución de la entidad 2 0 2 0 0 3 0 3		Cód. 1 1	17. Ciudad / Municipio Bogotá, D.C.
25. Correo electrónico corporaciongesimed@gmail.com		28. Sector cooperativo	
29. Actividad económica principal 8621	30. Actividad económica secundaria	31. Otras actividades económicas 1	32. Otras actividades económicas 2
33. Entidad de vigilancia y control Alcaldía			

34. Tipo de solicitud Actualización		Cód. 2	35. Año gravable 2024	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante http://www.corporaciongesimed.com/	37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://www.corporaciongesimed.com/documentac
38. Tipo persona representante 1		39. Tipo de documento 1 3		40. Número documento de identificación 17420802	
41. Primer apellido PABON		42. Segundo apellido TOVAR		43. Primer nombre ORLANDO	
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
No aplica debido a que el año gravable 2023 arroja perdida fiscal

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. 568177000	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. 23854000
---	--

58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior 1117607929166	59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior 91900127448891
--	--

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
1002. Tipo doc. 1 3 1003. No. identificación 1 7 4 2 0 8 0 2
1005. Cód. Representación LIQUIDADOR
1006. Organización CORPORACION DE GESTION MEDICA Y CUIDADO CRITICO

9579733

1004. DV 4

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002297068



(415)7707212489984(8020) 005245100229706 8

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	25421014342499	1
2	Un informe anual de resultados, o Informe de gestión para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421014342507	4
3	Los estados financieros de la entidad.	25421014342514	16
4	Certificación de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421014342546	1
5	Copia de los estatutos de la entidad o Acta del máximo órgano directivo donde se indique que el objeto so	25421014342578	16
6	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421014342585	1
7	Acta de la Asamblea General o máximo órgano de dirección en el que se aprobó la reinversión del benefi	25421014342618	5
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

52451002297068



(415)7707212489984(8020) 005245100229706 8

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	100066005045568	20	22	03	22	2
2	2531	100066005045622	20	22	03	22	2
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							

