

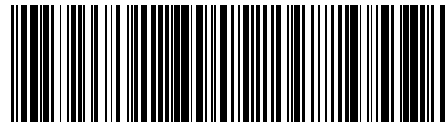
1. Año 2 0 2 6

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002988250



(415)7707212489984(8020) 005245100298825 0

Información general

Datos del solicitante	5. No. Identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 0 3 8 3 5 0		11. Razón social ASOCIACION MEDICA DE LOS ANDES	
	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		Cód. 3 2	13. Dirección principal CR 9 117 20
	15. Teléfono 6012152300			
	24. País COLOMBIA		Cód. 1	16. Departamento Bogotá D.C.
Datos de la solicitud	17. Ciudad / Municipio Bogotá, D.C.		Cód. 1 1	18. Sector cooperativo 1 1 0
	25. Correo electrónico AMA@AMA.COM.CO		26. Número sedes o establecimientos 0	27. Fecha constitución de la entidad 1 9 7 3, 1 0, 0 3
	29. Actividad económica principal 8699	30. Actividad económica secundaria 9499	31. Otras actividades económicas 1	32. Otras actividades económicas 2
	33. Entidad de vigilancia y control Alcald?a			
Representación legal	34. Tipo de solicitud Actualización		Cód. 2	35. Año gravable 2026
	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante www.ama.com.co		37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web www.ama.com.co	
	38. Tipo persona representante 1	39. Tipo de documento 1 3	40. Número documento de identificación 39774978	
	41. Primer apellido HARKER		42. Segundo apellido GARCIA	43. Primer nombre SANDRA
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 Promoción y apoyo a entidades sin ánimo de lucro	Cód. 1 4 1	48. Actividad meritoria 2 Salud (no incluye las excepciones)	Cód. 1 0 6	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

Apoyo actividades m?dicas y sociales

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. 12893672315	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. 12755164143
---	---

58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior 1117631200612	59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior 1117631200612
--	---

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 118833939	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 118833939
--	---	------------------------------

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres

27778066

1002. Tipo doc. 1 3

1003. No. identificación 3 9 7 7 4 9 7 8

1004. DV 0

1005. Cód. Representación REPRS LEGAL PRIN

1006. Organización

ASOCIACION MEDICA DE LOS ANDES

997. Fecha de expedición 2 0 2 6-0 6-1 7/1 7:3 0:5 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451002988250



(415)7707212489984(8020) 005245100298825 0

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	25421017826375	1
2	Un informe anual de resultados, o Informe de gestión para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421017826408	16
3	Los estados financieros de la entidad.	25421017827373	26
4	Certificación de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421017826581	1
5	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421017827753	1
6	Acta de Asamblea General o máximo órgano de dirección que indica el estado de las asignaciones perma	25421017827477	36
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

52451002988250



(415)7707212489984(8020) 005245100298825 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	100066007390272	2	0	2	6	0
2	2531	100066007390337	2	0	2	6	0
3			6	0	6	1	7
4			2	0	2	6	0
5			6	0	6	1	7
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							