

1. Año **2 0 2 1**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451001323913



(415)7707212489984(8020) 005245100132391 3

Información general

| | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| 5. No. Identificación Tributaria (NIT) 8 9 1 3 8 0 0 5 4 | | 11. Razón social FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA | |
| 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Palmira | | Cód. 1 5 | 13. Dirección principal CR 8 17 52 |
| 15. Teléfono 2361000 | | | |
| 24. País COLOMBIA | | Cód. 1 | 16. Departamento Valle del Cauca |
| 27. Ciudad / Municipio Guadalajara de Buga | | Cód. 7 6 | 17. Ciudad / Municipio Guadalajara de Buga |
| 25. Correo electrónico contabilidad@fhsjb.org | | 26. Número sedes o establecimientos 0 | 27. Fecha constitución de la entidad 0 1 9 0 3 0 4 2 8 |
| 28. Sector cooperativo | | | |
| 29. Actividad económica principal 8610 | 30. Actividad económica secundaria | 31. Otras actividades económicas 1 | 32. Otras actividades económicas 2 |
| 33. Entidad de vigilancia y control Superintendencia Nacional de Salud | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---------------------------------|--|---|
| 34. Tipo de solicitud Actualización | | Cód. 2 | 35. Año gravable 2021 | 36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante www.fhsjb.org | 37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web www.fhsjb.org/web2/actualizacion-r-t-e/ |
| 38. Tipo persona representante 1 | 39. Tipo de documento 1 3 | 40. Número documento de identificación 38872392 | | | |
| | | 41. Primer apellido GARZON | | 42. Segundo apellido SANCHEZ | |
| | | 43. Primer nombre LUZ | | 44. Otros nombres YAMILETH | |
| 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
EL RESULTADO DEL EJERCICIO DEL AÑO 2020 ARROJO PERDIDA CONTABLE DE \$127.137.711

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. **0**

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

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 578862000 | 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 578862000 |
|---|--|-------------------------------------|

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres **8296935**

1002. Tipo doc. **1 3** 1003. No. identificación **1 4 8 7 6 7 9 5** 1004. DV **7**

1005. Cód. Representación **REPRS LEGAL SUPL**

1006. Organización **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

997. Fecha de expedición **2 0 2 1 - 0 3 - 3 0 / 1 3 : 5 7 : 2 8**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451001323913



(415)7707212489984(8020) 005245100132391 3

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 | 25421009536337 | 2 |
| 2 | Memoria Econ?mica | 25421009335231 | 15 |
| 3 | Un informe anual de resultados, o Informe de gesti?n para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre | 25421009536661 | 79 |
| 4 | Los estados financieros de la entidad. | 25421009536828 | 67 |
| 5 | Certificaci?n de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido | 25421009536992 | 1 |
| 6 | Copia de los estatutos de la entidad o Acta del m?ximo ?rgano directivo donde se indique que el objeto so | 25421009537152 | 34 |
| 7 | Certificaci?n del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de | 25421009537231 | 2 |
| 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

52451001323913



(415)7707212489984(8020) 005245100132391 3

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 | 100066004487270 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 7 | |
| 2 | 2531 | 100066004487858 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 4 | |
| 3 | 2532 | 100066004488333 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 36 | 447484363 |
| 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 | | | | | | | | | | | | |

PRESENTE