

1. Año **2 0 2 4**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002325847



(415)7707212489984(8020) 005245100232584 7

**Información general**

5. No. Identificación Tributaria (NIT) <b>9 0 1 1 2 7 8 8 5</b>		11. Razón social <b>AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA</b>	
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		Cód. <b>3 2</b>	13. Dirección principal <b>CR 49 94 75 BRR LA CASTELLANA</b>
15. Teléfono <b>2566533</b>			
24. País <b>COLOMBIA</b>		Cód. <b>1</b>	16. Departamento <b>Bogotá D.C.</b>
17. Ciudad / Municipio <b>Bogotá, D.C.</b>		Cód. <b>1 1</b>	17. Ciudad / Municipio <b>Bogotá, D.C.</b>
25. Correo electrónico <b>legal@coltributa.com</b>		26. Número sedes o establecimientos <b>2 0 1 7 0 9 2 0</b>	27. Fecha constitución de la entidad <b>2 0 1 7 0 9 2 0</b>
28. Sector cooperativo			
29. Actividad económica principal <b>8621</b>	30. Actividad económica secundaria <b>8699</b>	31. Otras actividades económicas 1	32. Otras actividades económicas 2
33. Entidad de vigilancia y control <b>Alcaldía</b>			

34. Tipo de solicitud <b>Actualización</b>		Cód. <b>2</b>	35. Año gravable <b>2024</b>	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante <b>https://www.aidshealth.org/global/colombia/</b>	37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web <b>https://www.aidshealth.org/global/colombia/</b>
38. Tipo persona representante <b>1</b>	39. Tipo de documento <b>1 3</b>	40. Número documento de identificación <b>9772780</b>			
		41. Primer apellido <b>REYES</b>		42. Segundo apellido <b>GOMEZ</b>	
		43. Primer nombre <b>JONNATHAN</b>		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 <b>Salud (no incluye las excepciones)</b>	Cód. <b>1 0 6</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>330819000</b>	52. Resultado contable a 31 de diciembre del año anterior <b>330819000</b>	53. Monto del beneficio o excedente neto a 31 de diciembre del año anterior <b>330819000</b>	54. Monto del beneficio o excedente registrado en la casilla 53, aprobado para reinvertir en este año <b>330819000</b>
-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

55. Destino de la reinversión del beneficio o excedente neto  
**La fundacion va ejecutarlo en en exámenes laboratorios para pacientes que se encuentran en Bogota, Cucuta, Bucaramanga, valledupar, Riohacha y Cartagen**

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>657090000</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>131984000</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior <b>1117611597421</b>	59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior <b>91900138308301</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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>118770547</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>458923045</b>	62. Total pagos <b>577693592</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres **28527811**  
 1002. Tipo doc. **1 3** 1003. No. identificación **4 1 6 8 1 3 4 5** 1004. DV **6**  
 1005. Cód. Representación **REPRS LEGAL SUPL**  
 1006. Organización **AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002325847



(415)7707212489984(8020) 005245100232584 7

**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	25421014468712	1
2	Memoria Económica	25421014468816	2
3	Un informe anual de resultados, o Informe de gestión para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421014468830	13
4	Los estados financieros de la entidad.	25421014468855	33
5	Certificación de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421014468862	1
6	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421014469054	26
7	Acta de la Asamblea General o máximo órgano de dirección en el que se aprobó la reinversión del beneficio	25421014469119	8
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

52451002325847



(415)7707212489984(8020) 005245100232584 7

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	100066000464944	20	18	04	27	1
2	2531	100066000466521	20	18	04	27	4
3	2530	100066002129850	20	18	11	22	1
4	2531	100066002129868	20	18	11	22	5
5	2531	100066002946294	20	19	04	01	6
6	2530	100066003459163	20	20	06	11	1
7	2531	100066003459267	20	20	06	11	7
8	2531	100066004676653	20	21	03	31	2
9	2531	100066005068626	20	22	03	24	2
10	2532		20	24	06	21	1
11	2533		20	24	06	21	1
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							