

1. Año **2 0 2 5**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002719362



(415)7707212489984(8020) 005245100271936 2

Información general

Datos del solicitante	5. No. Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 8 2 2 6 3 9		11. Razón social CORPORACI?N DE TRATAMIENTO Y DIAGN?STICO CL?NICO	
	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		Cód. 3 2	13. Dirección principal CL 18 77 51 OF 416
	15. Teléfono 6019143919			
	24. País COLOMBIA		Cód. 1	16. Departamento Bogotá D.C.
Datos de la solicitud	17. Ciudad / Municipio Bogotá, D.C.		Cód. 1 1	28. Sector cooperativo 1 1 0
	25. Correo electrónico tyd.clinicos@gmail.com		26. Número sedes o establecimientos 0	27. Fecha constitución de la entidad 2 0 2 4, 0 4, 1 6
	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 Alcald?a			
Representación legal	34. Tipo de solicitud Actualización		Cód. 2	35. Año gravable 2025
	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante https://www.tyd-clinicos.com/		37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://www.tyd-clinicos.com/Regimen_Tri/Solicit	
	38. Tipo persona representante 1	39. Tipo de documento 1 3	40. Número documento de identificación 1015403097	
	41. Primer apellido GOMEZ		42. Segundo apellido MU?OZ	43. Primer nombre DEISY
44. Otros nombres JOHANNA		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 excedente neto en el año 2024

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. 100000	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. 100000
---	---

58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior 1117616384257	59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior 91900285248501
---	---

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

117338915

1002. Tipo doc.

1 3

1003. No. identificación

1 0 1 5 4 0 3 0 9 7

1004. DV

1

1005. Cód. Representación

REPRS LEGAL PRIN

1006. Organización

CORPORACIÓN DE TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO

997. Fecha de expedición

2 0 2 5-0 6-2 6/0 9:5 7:1 4

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002719362



(415)7707212489984(8020) 005245100271936 2

Anexos soporte

	63. Nombre documento	64. Número de radicado	65. Total folios
1	Un informe anual de resultados, o Informe de gesti?n para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421016381694	3
2	Los estados financieros de la entidad.	25421016381773	10
3	Certificaci?n de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421016381838	1
4	Copia de los estatutos de la entidad o Acta del m?ximo ?rgano directivo donde se indique que el objeto so	25421016381901	19
5	Certificaci?n del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421016381956	1
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			
49			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451002719362



(415)7707212489984(8020) 005245100271936 2

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	2
2	2531		2	0	2	4	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							