

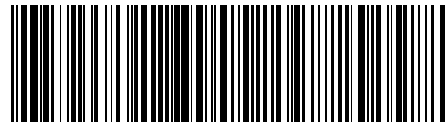
1. Año 2 0 2 5

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

52451002795216



(415)7707212489984(8020) 005245100279521 6

Información general

5. No. Identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 0 0 0 1	11. Razón social COOPERATIVA PARA LA SALUD ORAL						
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	Cód. 3 2	13. Dirección principal CR 64 100 55 BRR ANDES	15. Teléfono 5330539				
24. País COLOMBIA	Cód. 1	16. Departamento Bogotá D.C.	Cód. 1 1	17. Ciudad / Municipio Bogotá, D.C.	Cód. 1 1 0		
25. Correo electrónico oralcoop@oralcoop.com	26. Número sedes o establecimientos 0	27. Fecha constitución de la entidad 1 9 9 4, 0 6, 2 9	28. Sector cooperativo 1				
29. Actividad económica principal 8622	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 2025	36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante https://oralcoop.com/	37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web https://oralcoop.com/			
38. Tipo persona representante 1	39. Tipo de documento 1 3	40. Número documento de identificación 52619895	41. Primer apellido POLANCO	42. Segundo apellido PERDOMO	43. Primer nombre CLAUDIA	44. Otros nombres PATRICIA	
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 16145000	52. Resultado contable a 31 de diciembre del año anterior 16145487	53. Monto del beneficio o excedente neto a 31 de diciembre del año anterior 16145487	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 COMPENSACION DE PERDIDAS ACUMULADAS							
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. 1016918000	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. 924577000						
58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior 1117615802947	59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior 91900281915235						
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 13200000	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 13200000					

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres

20507684

1002. Tipo doc. 1 3 1003. No. identificación 5 2 6 1 9 8 9 5

1004. DV 2

1005. Cód. Representación REPRS LEGAL PRIN

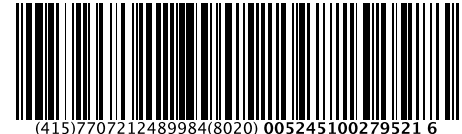
1006. Organización COOPERATIVA PARA LA SALUD ORAL

997. Fecha de expedición 2 0 2 5-0 6-2 9/2 0:5 0:2 1

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

52451002795216



(415)7707212489984(8020) 005245100279521 6

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	25421016811023	1
2	Un informe anual de resultados, o Informe de gestión para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre	25421016811094	6
3	Los estados financieros de la entidad.	25421016811048	4
4	Certificación de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido	25421016811317	2
5	Certificación del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de	25421016811428	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			

	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	100066007179271	2 0 2 5	0 6	2 9	11	
2	2531	100066007179382	2 0 2 5	0 6	2 9	11	
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							