DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

CONTRATO No. 020-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2024

FORMULARIO OFERTA TÉCNICA

Santiago de Cali, Mayo 31 de 2024.

Señores
MDN-DIGSA-JEFSA-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud **No. 020-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2024**

Objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES DE SALUD A LOS USUARIOS CON PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS EN ÁMBITOS DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DE INTERVENCIONISMO PROGRAMADOS, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y CONSULTA EXTERNA, REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LOS USUARIOS DEL ESM 2782.**"

Yo, **RAFAEL EDUARDO GONZALEZ MOLINA**, en Representación legal del Proponente **CLÍNICA IMBANACO S.A.S.**, con Nit: 890.307.200-5, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto haber efectuado un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones contenidas en el ANEXO TÉCNICO, lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonero de la responsabilidad y por lo mismo, me obligo a su irrestricto cumplimiento.

Por lo anterior, me permito detallar mi propuesta técnica en los siguientes términos:

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE PARA LA PRESENTACIÓN DE SU OFERTA DE SERVICIOS, DEBE ALLEGAR EL ANEXO TÉCNICO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL A FIN DE EVIDENCIAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DOS GRUPOS.

GRUPO UNO

"ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA A PACIENTES ADSCRITOS AL ESM EMAVI CON PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS MALIGNAS DE: CÁNCER DE PRÓSTATA, CÉRVIX, PIEL, MAMA, COLORRECTAL, TIROIDES Y LINFOMA NO HODKING."

El ESM- EMAVI requiere que el proponente atienda los tipos de cáncer que se citarán a continuación de manera integral y en seguimiento obligatorio de las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA vigente en el país; en forma de **paquete,** liquidando la atención para pago por costo medio evento.

Dando continuidad en los casos de progresión y finalizando con la remisión o sobrevida a la enfermedad.

El ESM-EMAVI tuvo a bien paquetizar la atención para ser pagado por costo medio evento en el **GRUPO UNO** con siete patologías cancerígenas del ítem 1 al 7 explicados a continuación; debido al número de pacientes, su incidencia y perfil epidemiológico, así como los factores de control y manejo de los usuarios.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

- El seguimiento y monitoreo a las frecuencias de uso y el costo medio se ejecutará diariamente por el contratista y deberá tener mesa de seguimiento semanal para sustentar frente a auditoria concurrente del ESM EMAVI de manera mensual el análisis de caso y las frecuencias de uso acontecidas, conociendo previamente por auditoría y supervisor de contrato del ESM EMAVI, el manual técnico de la Institución basado en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA CÁNCER EN COLOMBIA. La mesa de revisión mensual se establece entre las partes una mesa técnica mensual para: 1) Revisión y conciliación de casos de incidencia, 2) Frecuencias de uso de nota técnica, 3) Costo medio Evento, 4) casos extremos. Esta mesa se desarrollará entre los auditores concurrentes del contratante y del contratista.
- En dicha reunión mensual entre las dos partes, el ESM se compromete a cruzar la base de datos de pacientes atendidos.
- El modelo de auditoria concurrente establece la revisión diaria de pacientes internados en la institución entre los auditores concurrentes del contratante y del contratista quienes revisaran el proceso de atención, el tipo de contrato asociado a la atención (evento vs CME COSTO MEDIO EVENTO), articulación de la red para pacientes en manejo paliativos, y/o que se puedan derivar a niéveles de atención de menor complejidad (Referencia y contra referencia).
- Los días de estancia inadecuada en los servicios de urgencias y hospitalización por egresos, remisiones y autorizaciones tardías atribuibles al ESM EMAVI, así como por la continuidad en el manejo ambulatorio del paciente paliativo serán cargados a la facturación como evento.
- En caso de que el paciente tenga estadio avanzado o no complete el paquete por vigencia pactado por causas externas al prestador y al ESM como abandono de tratamiento o fallecimiento, la atención se pagará como costo evento y no paquetizado. Sin embargo, dentro de la mesa de trabajo habrá análisis de casos extremos que se identifiquen por cualquiera de las partes que superan dos veces el valor costo medio evento pactado en la nota técnica se notificaran al ESM para su revisión.
- Se llevarán a revisión los casos extremos cuando su desviación sea mayor al triple del valor evento incluido en la nota técnica junto con los de costo medio inferior para el mismo evento. Esta revisión se efectuará en el seguimiento mínimo trimestral que las partes acuerdan para revisión de ejecución.

Los siete (7) paquetes que forman parte del grupo UNO son:

1. **<u>CÁNCER DE PRÓSTATA EN CUALQUIER ESTADIO</u>**. La epidemiología del ESM muestra en los últimos tres años una prevalencia en reporte de cuenta de alto costo de (40) cuarenta pacientes.

   Se requiere con los VEINTE (20) pacientes actuales y con quienes ingresen en la vigencia del contrato según los criterios de inclusión citados; la atención integral que no supere la tarifa de atención anual por costo medio evento de trece millones seiscientos mil pesos ($13.600.000). Promedio de costo según el estudio de los pacientes EMAVI con dicha patología en lo reportado por red externa en las últimas dos vigencias.

   Teniendo como manual de atención para la institución contratada de forma obligatoria a la "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA". 2013 - Guía No. GPC-2013-21 DEL Ministerio de Salud y Protección Social.

- **INCLUYE:**
  - **CIRUGÍA:** Cirugía oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas: urología, cirugía cardiovascular y cirugía vascular- periférica.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Todas las especialidades integrales requeridas para el manejo oncoespecífico de la patología.

- **ENRUTAMIENTO:** Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS) para ser atendidos en el ESM-EMAVI.

- **QUIMIOTERAPIA:** De inducción; intratecal; Monoquimioterapia oral y endovenosa ambulatoria; Poliquimioterapia ambulatoria u hospitalizada de bajo y alto riesgo.

- **BRAQUITERAPIA.**

- **UNIDAD DE RADIOTERAPIA:** Consulta de Primera Vez y Control por Médico Radioterapeuta; Valoraciones intrahospitalarias por médico radioterapeuta, planeación computarizada tridimensional o conformacional, por cada tratamiento de radioterapia, realizado por el Físico Médico. Simulación de los campos de tratamiento tridimensional a través del TAC simulador; Verificación de los campos de irradiación a través de placas verificadoras; Seguimiento activo durante el tratamiento, por el médico Radioterapeuta.

- **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos, sala de reanimación de adultos y sala de observación.

- **UNIDAD DE TRASPLANTES:** mínimo contar con trasplante renal.

- **UNIDAD RENAL:** Servicio de hemodiálisis estándar, diálisis peritoneal automatizada (para paciente hospitalizado).

- **UNIDAD CARDIOVASCULAR:** Cardiología invasiva o no invasiva, electrofisiología, hemodinamia.

- **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas, banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.

- **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA:** Radiología intervencionista, estudios de mediana y baja complejidad en paciente hospitalizado y urgencias de ser requerido. Medicina nuclear, escanografía.

- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización adultos, unidad de cuidados intensivos de adulto, cuidados intensivos coronarios o intermedios (de requerirse). Terapias ocupacionales, respiratorias y físicas en paciente hospitalizado.

- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

2. **CÁNCER DE CÉRVIX EN CUALQUIER ESTADIO**. La epidemiología del ESM muestra en los últimos tres años una prevalencia en reporte de cuenta de alto costo de (10) diez pacientes.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

Se requiere con los SEIS (06) pacientes actuales y con quienes ingresen en la vigencia del contrato según los criterios de inclusión citados; la atención integral que no supere la tarifa de atención anual por costo medio evento de veintiún millones setecientos mil pesos ($21.700.000). Promedio de costo según el estudio de los pacientes EMAVI con dicha patología en lo reportado por red externa en las últimas dos vigencias. Teniendo como manual de atención para la institución contratada de forma obligatoria a la "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) PARA EL MANEJO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO INVASIVO" 2014. - Guía No. GPC-2014-45 Del Ministerio de Salud y Protección Social.

- **INCLUYE:**

- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Todas las especialidades integrales requeridas para el manejo oncoespecífico de la patología, incluye consulta de pediatría especializada; Cardiología – Para casos donde exista sospecha de cardiotoxicidad por uso de quimioterapia. **ENRUTAMIENTO:** Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS) para ser atendidos en el ESM-EMAVI.

- **CIRUGÍA:** UNIDAD QUIRÚRGICA ADULTA Y PEDIÁTRICA. Cirugía oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas: urología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, cirugía vascular y periférica, cirugía de tórax, gineco-oncología, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía pediátrica.

- **QUIMIOTERAPIA:** De inducción; intratecal; Monoquimioterapia oral y endovenosa ambulatoria; Poliquimioterapia ambulatoria u hospitalizada de bajo y alto riesgo.

- **BRAQUITERAPIA.**

- **UNIDAD DE RADIOTERAPIA:** De intensidad modulada, convencional; Consulta de Primera Vez y Control por Médico Radioterapeuta; Valoraciones intrahospitalarias por médico radioterapeuta, planeación computarizada tridimensional o conformacional, por cada tratamiento de radioterapia, realizado por el Físico Médico. Seguimiento activo durante el tratamiento, por el médico Radioterapeuta.

- **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos y pediatría, sala de reanimación de adultos y pediátrica, sala de observación adultos y pediátrica.

- **UNIDAD DE TRASPLANTES:** mínimo contar con trasplante renal.

- **UNIDAD RENAL:** Servicio de hemodiálisis estándar, diálisis peritoneal automatizada (para paciente hospitalizado).

- **UNIDAD CARDIOVASCULAR:** Cardiología invasiva o no invasiva, electrofisiología, hemodinamia.

- **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas, banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

- **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA:** Radiología intervencionista, estudios de mediana y baja complejidad en paciente hospitalizado y urgencias de ser requerido.

- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización de pacientes adultos y pediátricos con patologías especiales, unidad de cuidados intensivos de adulto, cuidados intensivos pediátrico, cuidados intensivos neonatal, cuidados intensivos coronarios, cuidados intermedios (opcional). En caso de ser requerido, se debe ofertar el aislamiento en habitación unipersonal secundario a diagnóstico médico. Terapias ocupacionales, respiratorias y físicas en paciente hospitalizado.

- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

3. **CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE PIEL Y CARCINOMA BASOCELULAR EN CUALQUIER ESTADIO**. La epidemiología del ESM muestra en los últimos tres años una prevalencia en reporte de cuenta de alto costo de (55) CINCUENTA Y CINCO pacientes.

   Se requiere con los VEINTITRÉS (23) pacientes actuales y con quienes ingresen en la vigencia del contrato según los criterios de inclusión citados; la atención integral que no supere la tarifa de atención anual por costo medio evento de CINCO millones de pesos ($5.000.000). Promedio de costo según el estudio de los pacientes EMAVI con dicha patología en lo reportado por red externa en las últimas dos vigencias.
   Teniendo como manual de atención para la institución contratada de forma obligatoria a la "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) CON EVALUACIÓN ECONÓMICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA: CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE PIEL." 2014. Guía No. GPC-2014-32 Del Ministerio de Salud y Protección Social. "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) CON EVALUACIÓN ECONÓMICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA: CARCINOMA BASOCELULAR" 2014. Guía No. GPC-2014-33 Del Ministerio de Salud y Protección Social.

- **INCLUYE:**

- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Todas las especialidades integrales requeridas para el manejo oncoespecífico de la patología. Cardiología – Para casos donde exista sospecha de cardiotoxicidad por uso de quimioterapia. ENRUTAMIENTO: Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS) para ser atendidos en el ESM-EMAVI.

- **CIRUGÍA:** Cirugía micrográfica. Oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas: urología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, cirugía vascular y periférica, gineco-oncología, cirugía plástica y reconstructiva, subespecialidades en ortopedia y mastología, cirugía plástica, CRIOCIRUGÍA.

- **ELECTRODESECACION-CURETAJE.**

- **QUIMIOTERAPIA:** De inducción; intratecal; Monoquimioterapia oral y endovenosa ambulatoria; Poliquimioterapia ambulatoria u hospitalizada de bajo y alto riesgo.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

- **UNIDAD DE RADIOTERAPIA:** Consulta de Primera Vez y Control por Médico Radioterapeuta; Valoraciones intrahospitalarias por médico radioterapeuta, planeación computarizada tridimensional o conformacional. Seguimiento activo durante el tratamiento, por el médico Radioterapeuta.

- **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos y pediatría, sala de reanimación de adultos y pediátrica, sala de observación adultos y pediátrica.

- **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas, banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.

- **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA:** Radiología intervencionista, estudios de mediana y baja complejidad en paciente hospitalizado y urgencias de ser requerido.

- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización de pacientes, unidad de cuidados intensivos de adulto, cuidados intermedios (opcional). Terapias ocupacionales, respiratorias y físicas en paciente hospitalizado.

- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

4. **CÁNCER DE MAMA EN CUALQUIER ESTADIO**. La epidemiología del ESM muestra en los últimos tres años una prevalencia en reporte de cuenta de alto costo de (33) treinta y tres pacientes.

   Se requiere con los CATORCE (14) pacientes actuales y con quienes ingresen en la vigencia del contrato según los criterios de inclusión citados; la atención integral que no supere la tarifa de atención anual por costo medio evento de VEINTISÉIS MILLONES NOVECIENTOS mil pesos ($26.900.000). Promedio de costo según el estudio de los pacientes EMAVI con dicha patología en lo reportado por red externa en las últimas dos vigencias.
   Teniendo como manual de atención para la institución contratada de forma obligatoria a la "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, TRATAMIENTO INTEGRAL, SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA". 2017 segunda edición. - Guía No. GPC-2017-19 DEL Ministerio de Salud y Protección Social.

- **INCLUYE:**
- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Todas las especialidades integrales requeridas para el manejo oncoespecífico de la patología, incluye consulta de pediatría especializada; Cardiología – Para casos donde exista sospecha de cardiotoxicidad por uso de quimioterapia. **ENRUTAMIENTO:** Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS) para ser atendidos en el ESM-EMAVI.

- **CIRUGÍA:** UNIDAD QUIRÚRGICA ADULTA Y PEDIÁTRICA. Cirugía oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas: urología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, cirugía vascular y periférica, cirugía de tórax, gineco-oncología, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía pediátrica. Subespecialidades en ortopedia y mastología.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

- **TERAPIA HORMONAL.**
- **QUIMIOTERAPIA.**
- **BRAQUITERAPIA.**
- **UNIDAD DE RADIOTERAPIA.**
- **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos y pediatría, sala de reanimación de adultos y pediátrica, sala de observación adultos y pediátrica.
- **UNIDAD DE TRASPLANTES:** mínimo contar con trasplante renal.
- **UNIDAD RENAL:** Servicio de hemodiálisis estándar, diálisis peritoneal automatizada (para paciente hospitalizado).
- **UNIDAD CARDIOVASCULAR:** Cardiología invasiva o no invasiva, electrofisiología, hemodinamia.
- **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas, banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.
- **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA:** Ecografía, mamografía; Radiología intervencionista, estudios de mediana y baja complejidad en paciente hospitalizado y urgencias de ser requerido. Tomografía y resonancia.
- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización de pacientes adultos y pediátricos con patologías especiales, unidad de cuidados intensivos de adulto, cuidados intensivos pediátrico, cuidados intensivos neonatal, cuidados intensivos coronarios, cuidados intermedios (opcional). En caso de ser requerido, se debe ofertar el aislamiento en habitación unipersonal secundario a diagnóstico médico. Terapias ocupacionales, respiratorias y físicas en paciente hospitalizado.
- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

5. **CÁNCER DE COLORRECTAL EN CUALQUIER ESTADIO**. La epidemiología del ESM muestra en los últimos tres años una prevalencia en reporte de cuenta de alto costo de (14) catorce pacientes.

   Se requiere con los SIETE (7) pacientes actuales y con quienes ingresen en la vigencia del contrato según los criterios de inclusión citados; la atención integral que no supere la tarifa de atención anual por costo medio evento de treinta y dos millones de pesos ($32.000.000). Promedio de costo según el estudio de los pacientes EMAVI con dicha patología en lo reportado por red externa en las últimas dos vigencias.

   Teniendo como manual de atención para la institución contratada de forma obligatoria a la "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO INTEGRAL,

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO". 2017 - Guía No. GPC-2013-20 segunda edición del Ministerio de Salud y Protección Social.

- **INCLUYE:**

- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Todas las especialidades integrales requeridas para el manejo oncoespecífico de la patología, incluye consulta de pediatría especializada; Cardiología – Para casos donde exista sospecha de cardiotoxicidad por uso de quimioterapia. ENRUTAMIENTO: Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. **Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS)** para ser atendidos en el ESM-EMAVI.

- **CIRUGÍA:** Cirugía oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas, cirugía cardiovascular y cirugía vascular- periférica.

- **QUIMIOTERAPIA.**

- **BRAQUITERAPIA.**

- **UNIDAD DE RADIOTERAPIA.**

- **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA Y ENDOSCOPIA.**

- **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos, sala de reanimación de adultos y sala de observación.

- **UNIDAD CARDIOVASCULAR:** Cardiología invasiva o no invasiva, electrofisiología, hemodinamia.

- **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas, banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.

- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización adultos, unidad de cuidados intensivos de adulto, cuidados intensivos coronarios o intermedios (de requerirse). Terapias ocupacionales, respiratorias y físicas en paciente hospitalizado.

- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

6. **CÁNCER DE TIROIDES EN CUALQUIER ESTADIO**. La epidemiología del ESM muestra en los últimos tres años una prevalencia en reporte de cuenta de alto costo de (15) quince pacientes.

   Se requiere con los ocho (8) pacientes actuales y con quienes ingresen en la vigencia del contrato según los criterios de inclusión citados; la atención integral que no supere la tarifa de atención anual por costo medio evento de nueve millones trescientos mil pesos ($9.300.000). Promedio de costo según el estudio de los pacientes EMAVI con dicha patología en lo reportado por red externa en las últimas dos vigencias. Teniendo

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

como manual de atención para la institución contratada de forma obligatoria a la "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES". 2024, "GUÍA DE MANEJO PARA CÁNCER DE TIROIDES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA". PROTOCOLO DE MANEJO INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA DE COLOMBIA".

- **INCLUYE:**

- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Todas las especialidades integrales requeridas para el manejo oncoespecífico de la patología, incluye consulta de pediatría especializada; Cardiología – Para casos donde exista sospecha de cardiotoxicidad por uso de quimioterapia. **ENRUTAMIENTO:** Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS) para ser atendidos en el ESM-EMAVI.
- **CIRUGÍA:** Cirugía oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas.
- **UNIDAD DE ENDOSCOPIA:** Nasofibrolaringoscopia, laringoscopia indirecta-directa, endoscopia digestiva, broncoscopia, endosonografía endoscópica**.**
- **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas y banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.
- **QUIMIOTERAPIA.**
- **BRAQUITERAPIA.**
- **UNIDAD DE RADIOTERAPIA.**
- **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos, sala de reanimación de adultos y sala de observación.
- **UNIDAD CARDIOVASCULAR:** Cardiología invasiva o no invasiva, electrofisiología, hemodinamia.
- **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA:** Radiología intervencionista, estudios de mediana y baja complejidad en paciente hospitalizado y urgencias de ser requerido. Medicina nuclear, tac, resonancia.
- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización adultos, unidad de cuidados intensivos de adulto. Terapias ocupacionales, respiratorias y físicas en paciente hospitalizado.
- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

7. **LINFOMA NO HODGKIN EN CUALQUIER ESTADIO**. La epidemiología del ESM muestra en los últimos tres años una prevalencia en reporte de cuenta de alto costo de (3) tres pacientes.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

Se requiere con los dos (2) pacientes actuales y con quienes ingresen en la vigencia del contrato según los criterios de inclusión citados; la atención integral que no supere la tarifa de atención anual por costo medio evento de cuarenta y tres millones cien mil pesos ($43.100.000); Promedio de costo según el estudio de los pacientes EMAVI con dicha patología en lo reportado por red externa en las últimas dos vigencias.

Teniendo como manual de atención para la institución contratada de forma obligatoria a la "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) PARA LA DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LINFOMAS HODGKIN Y NO HODGKIN EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS". 2017 - Guía No. GPC-2017-35 DEL Ministerio de Salud y Protección Social.

INCLUYE:

- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Todas las especialidades integrales requeridas para el manejo oncoespecífico de la patología, incluye consulta de pediatría especializada; Cardiología – Para casos donde exista sospecha de cardiotoxicidad por uso de quimioterapia. ENRUTAMIENTO: Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a **RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS)** para ser atendidos en el ESM-EMAVI.
- **CIRUGÍA:** Cirugía oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas: urología, cirugía cardiovascular y cirugía vascular- periférica.
  - **QUIMIOTERAPIA.**
  - **BRAQUITERAPIA.**
  - **UNIDAD DE RADIOTERAPIA:** Consulta de Primera Vez y Control por Médico Radioterapeuta; Valoraciones intrahospitalarias por médico radioterapeuta, planeación computarizada tridimensional o conformacional, por cada tratamiento de radioterapia, realizado por el Físico Médico. Simulación de los campos de tratamiento tridimensional a través del TAC simulador; Verificación de los campos de irradiación a través de placas verificadoras; Seguimiento activo durante el tratamiento, por el médico Radioterapeuta.
  - **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos, sala de reanimación de adultos y sala de observación.
  - **UNIDAD DE TRASPLANTES:** mínimo contar con trasplante renal y trasplante de médula ósea.
  - **UNIDAD RENAL:** Servicio de hemodiálisis estándar, diálisis peritoneal automatizada (para paciente hospitalizado).
  - **UNIDAD CARDIOVASCULAR:** Cardiología invasiva o no invasiva, electrofisiología, hemodinamia.
  - **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas y banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.
  - **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA:** Radiología intervencionista, estudios de mediana y baja complejidad en paciente hospitalizado y urgencias de ser requerido. Medicina nuclear, tac, resonancia.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización adultos, unidad de cuidados intensivos de adulto, cuidados intensivos coronarios o intermedios (de requerirse).

- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

- **SERVICIOS DE TERAPIAS:** En pacientes hospitalizados de ser requeridos: ocupacionales, físicas, respiratorias y de rehabilitación pulmonar y cardiaca, estas últimas también en pacientes ambulatorios.

GRUPO DOS

SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS INTEGRALES PARA PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA.

El ESM- EMAVI requiere que el proponente atienda los tipos de cáncer no citados en el GRUPO UNO, de manera integral y en seguimiento obligatorio de las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CÁNCER vigentes en el país, para pago por evento.

- **CONSULTA EXTERNA:** Endocrinología, infectología, reumatología, nefrología, gastroenterología, neurología, oftalmología, urología (subespecialidades), ginecología, ortopedia (subespecialidades) y pediatría. **ENRUTAMIENTO:** Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS) para ser atendidos en el ESM-EMAVI.

- **CIRUGÍA:** Cirugía oncológica hospitalaria y ambulatoria solo de tipo terapéutico y reconstructivo no estético, Consulta externa y procedimientos quirúrgicos en las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas: urología, neurocirugía, cirugía cardiovascular y cirugía vascular- periférica, tórax, gineco-oncología, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía pediátrica, subespecialidades en ortopedia y mastología.

- **CONSULTA ESPECIALIZADA CÁNCER INTRAMURAL:** Dermatología oncológica, Oncología Clínica, Hematología Oncológica pediátrica y de adulto, Ortopedia Oncológica, Urología Oncológica, Gineco-oncología. Psicología, Trabajo social, Nutrición, Neumología, Cardiología – Para casos donde exista sospecha de cardiotoxicidad por uso de quimioterapia.

- **QUIMIOTERAPIA.**

- **BRAQUITERAPIA.**

- **UNIDAD DE RADIOTERAPIA:** Consulta de Primera Vez y Control por Médico Radioterapeuta; Valoraciones intrahospitalarias por médico radioterapeuta, planeación computarizada tridimensional o conformacional, por cada tratamiento de radioterapia, realizado por el Físico Médico. Simulación de los campos de tratamiento tridimensional a través del TAC simulador; Verificación de los campos de irradiación a través de placas verificadoras; Seguimiento activo durante el tratamiento, por el médico Radioterapeuta.

- **URGENCIAS:** Servicio de urgencias 24 horas de lunes a domingo de adultos, sala de reanimación de adultos, pediátrica y sala de observación adulto y pediátrica.

- **UNIDAD DE TRASPLANTES:** mínimo contar con trasplante renal y trasplante de médula ósea.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

- **UNIDAD RENAL:** Servicio de hemodiálisis estándar, diálisis peritoneal automatizada (para paciente hospitalizado).

- **UNIDAD CARDIOVASCULAR:** Cardiología invasiva o no invasiva, electrofisiología, hemodinamia; que como mínimo incluyan: ecocardiograma bidimensional con doppler, prueba de esfuerzo cardiovascular con empleo de cinta rodante, cateterismo combinado de los lados derecho e izquierdo del corazón, mapeo para localización de foco arritmogénico por vía endovascular (cateterismo).

- **SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** especializado 24 horas y banco de sangre para pacientes hospitalizados, ambulatorio y de urgencias. Laboratorio clínico de I-II-III—IV y patología necesarios para estadificación y estudios de extensión y control en el tratamiento oncológico. Transfusión sanguínea (incluye procesamiento y aplicación de hemocomponentes) necesarios para el tratamiento oncológico especifico.

- **SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA:** Radiología intervencionista, estudios de mediana y baja complejidad en paciente hospitalizado y urgencias de ser requerido. Medicina nuclear, tac, resonancia.

- **HOSPITALIZACIÓN:** Hospitalización adultos y pediátricos, unidad de cuidados intensivos de adulto-pediátrico-neonatal o coronaria según sea necesario. La habitación unipersonal deberá sustentarse clínicamente para ser previamente autorizada por supervisor de contrato.

- **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:** intrahospitalarios y materiales e insumos requeridos en procedimientos quirúrgicos.

- **SERVICIOS DE TERAPIAS:** En pacientes hospitalizados de ser requeridos: ocupacionales, físicas, respiratorias y de rehabilitación pulmonar y cardiaca, estas últimas también en pacientes ambulatorios. Terapia enterostomal, cuidado clínica de heridas y estomas.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES:

1. Los anteriores son los mínimos servicios que se requiere contratar, sin embargo, si por necesidad del servicio se requiere otra especialidad y el contratista la oferta en su portafolio, será autorizado por el supervisor previa solicitud y coordinación según portafolio de servicios entregado.

2. NO SE PERMITIRÁ SUBCONTRATACIÓN, NI ALIANZAS DE COLABORACIÓN O ESTRATÉGICAS CON EL FIN DE TENER UNA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE, SO PENA DE INCURRIR EN CAUSAL DE RECHAZO.

3. CRITERIOS DE INGRESO:

- Pacientes pediátricos y adultos de la población objeto, incidentes de patologías oncológicas malignas confirmadas mediante histopatología, en cualquier estadio de la enfermedad.
- Pacientes pediátricos y adultos de la población objeto, incidentes de patologías oncológicas malignas diagnosticados mediante criterios clínicos, que por su complejidad diagnóstica no puede ser llevados a histopatología y que en junta de oncología se define su ingreso.
- Pacientes pediátricos y adultos de la población objeto, con reactivación de la patología oncológica maligna en remisión de la enfermedad.

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

4. CRITERIOS DE EGRESO:

- Pacientes pediátricos y adultos de la población objeto, que recibiendo atenciones dentro del modelo cambien su afiliación de EPS; o cambio de centro de adscripción; cambie su domicilio fuera de Cali o sus municipios aledaños; o por fallecimiento. Casos que deberán ser reportados al supervisor de contrato asignado por el ESM – EMAVI.

5. Si bien es cierto, el contrato tiene por objeto pacientes ya diagnosticados, como Institución el ESM-EMAVI, debe acogerse a la Ley Jacobo 2026-2020 **SOSPECHA DE CÁNCER INFANTIL que modificó** la ley 1388 de 2010 por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Establece medidas para garantizar la prestación de servicios de salud onco-pediátrica y se declara la atención integral como prioritaria. Por ello, la población atendida en las instalaciones del contratista DERIVADOS POR URGENCIAS O HALLAZGOS INCIDENTALES, podrán tener acceso a medios diagnósticos evaluando el riesgo de los menores de edad que ingresen y definirá si el manejo puede realizarse por consulta externa o si es necesario el proceso de hospitalización, para lo cual se procederá a solicitar autorización al supervisor de contrato de la EMAVI, obligándose el contratista a cumplir con los siguientes tiempos máximos para informar el diagnóstico del paciente:

- Sospecha de tumores líquidos: Hasta máximo 2 días calendario para informar el diagnóstico.
- Sospecha de tumores sólidos: Hasta máximo 5 días calendario para informar el diagnóstico. en caso de requerir inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico se aceptará hasta 10 días calendario.

6. El proponente deberá cumplir con los siguientes **requisitos técnicos,** para lo cual deberá anexar en su oferta los siguientes documentos:

- Oportunidad de citas en cada servicio solicitado de acuerdo con el reporte exigido por la SUPERSALUD.
- Portafolio de servicios con su respectivo tarifario.
- Certificado de habilitación de cada uno de los servicios ofertados, expedido por la Secretaría Departamental de Salud.
- Certificar la inscripción del personal en el RETHUS (Registro único nacional del talento humano en salud) firmado por representante legal.
- Certificación de cumplimiento sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
- Certificado de Inscripción al Registro de Generadores de Residuos Peligrosos y del Reporte de información anual, ante la Corporación Autónoma Departamental, firmado por representante legal adjuntar pantallazo del envío al Dagma.

7. Una vez iniciado el contrato, el contratista deberá anexar a la facturación SOPORTE DE **ENRUTAMIENTO:** Educación en la patología a paciente y grupo familiar basada en la Guía de práctica clínica para cuidadores. Enrutamiento a RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN (RIAS) para ser atendidos en el ESM-EMAVI

8. No hacen parte de esta contratación las actividades para el tamizaje y diagnóstico del cáncer, (excepto en cáncer infantil) ni la rehabilitación por complicaciones y secuelas, los procedimientos profilácticos, ni las actividades relacionadas con la paliación en etapa final de vida, ya que para dichas actividades el ESM EMAVI cuenta los servicios contratados por diferente objeto.

9. Las IPS participantes deberán presentar la **oferta económica** de los servicios indicados en el numeral 1, basados en los servicios y procedimientos establecidos en el *Plan de servicio de Sanidad Militar y Policial* y la Resolución 2775 del 27 de diciembre de 2022, indicando la tarifa que ofertan y su valor en pesos, para la vigencia 2024 de cada uno, por ejemplo:

DocuSign Envelope ID: DDA4F8F9-5B5D-43C6-917E-D3E6EE3839F5

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA	PRECIO PARA LA VIGENCIA 2024
89.0.3.02	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	XXXXXX	$ XXXXXX pesos
No aplica	Grupo uno. – 1 cáncer de_____	xxxxx	$ xxx

La IPS deberá enviar en la oferta económica sus tarifas, en las cuales se tendrá en cuenta:

- Los valores a ofertar corresponderán a las tarifas propias del proponente.
- Las tarifas de medicamentos, insumos de uso hospitalario, material de osteosíntesis, corresponderán a las tarifas propias del proponente.
- Oferta económica en pesos para cada uno de los ítems solicitados a evaluar.
- Los procedimientos o exámenes a realizar deben ser cotizados o cobrados de manera integral, no se aceptan solicitudes de adicionales al CUPS requerido como medicamentos e insumos.

Nota: El presente proceso tiene presupuesto por monto agotable.

Atentamente,

DocuSigned by:
194EFB905B15495...

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
RAFAEL EDUARDO GONZALEZ MOLINA
C.C. 94.371.062 DE CALI.

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **CLINICA IMBANACO S A S** identificado(a) con **número 890.307.200** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta Corriente No 00130304000100001993** aperturada el **14 de abril de 2020**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

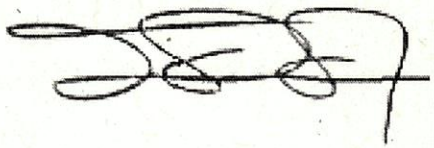
El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **304001993**
10 dígitos: **0304001993**
16 dígitos: **0304000100001993**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **04** de **junio** de **2024** a las **13:19**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14967884622

(415)7707212489984(8020) 000001496788462 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CLINICA IMBANACO SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
CR 38 BIS 5 B 2 04

42. Correo electrónico Diana.gonzalezH@quironsalud.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 6 0 0 4 2	3 8 2 1 0 0 0	5 1 8 6 0 0 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 7 2 1 2 0 5							1 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	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
53. Código	3	5	7	8	9	1 0	1 3	1 4	1 5	1 6	1 8	1 9	2 6	4 1	4 2	4 8	5 2	5 5	5 9								

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
16- Obligación facturar por ingresos bienes
18- Precios de transferencia
19- Productor de bienes y/o servicios exen
26- Declaración individual precios de tran
41- Declaración anual de activos en el exte
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales
59 - Autorretención especial renta

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 2	2 3								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo
2	3

Servicio	1	2	3
57. Modo	3	2	2
58. CPC	9 3	8 1	9 2

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 12 - 15 / 17 : 21: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ MOLINA RAFAEL EDUARDO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	3	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	4 4 0 5	1 0 0
73. Fecha	1 9 7 2 1 2 0 5	2 0 2 2 0 3 2 4
74. Número de notaría	3	1
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 7 3 0 1 0 9	2 0 2 2 0 5 2 5
77. No. Matrícula mercantil	1 6 0 2 5 - 4	1 6 0 2 5 - 4
78. Departamento	7 6	7 6
79. Ciudad/Municipio	8	8
Vigencia		
80. Desde	1 9 7 2 1 2 0 5	2 0 2 2 0 5 2 5
81. Hasta	2 1 2 2 0 5 2 4	2 1 2 2 0 5 2 4

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2	2 1	1 9 8 4 1 2 3 1		-
3	7 4	2 0 1 8 1 1 3 0	8 9 0 3 2 1 1 5 1	- 0
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
2	QUIRON SALUD - ESPAÑA	8 7 6 9 0 9 2 1	

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante: HELIOS HEALTHCARE SPAIN S.L

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP
87690921	ESPAÑA 2 4 5	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 7 0 8 2 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	9 4 3 7 1 0 6 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GONZALEZ	MOLINA	RAFAEL	EDUARDO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 1 0 9 0 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 7 7 8 0 4 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DELGADILLO	NUÑEZ	GUSTAVO	ADOLFO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 6 0 6 3 7 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
REYES	SOLARTE	ANTONIO	JOSE

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 4 4 7 4 0 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ORTIZ	LIZCANO	EDGAR	IVAN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 8 2 0 5 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PALACIO	VILLEGAS	JULIO	CESAR

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 1 7 0 3 2 8

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 2 7 0 0 4 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
STANGL	HERRERA	WILLY	PAUL

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 4 9 5 4 4 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SALGADO	TOVAR	CARLOS	ENRIQUE

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	6 0 5 3 5 3 4		COLOMBIA 1 6 9	LEVY	LEWIN	WOLGANG	ARNOLDO				2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 1 7 0 3 2 8
2	Cédula de Ciudada 1 3	1 6 5 8 4 3 8 1		COLOMBIA 1 6 9	CAMACHO	MAFLA	RAFAEL	ALBERTO				2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6
3	Cédula de Ciudada 1 3	7 3 0 7 1 1 8 0		COLOMBIA 1 6 9	BENEDETTI	JIMENEZ	FERNANDO	GABRIEL				2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 1 7 0 3 2 8
4	Cédula de Ciudadan 1 3	1 9 4 7 4 6 9 9		COLOMBIA 1 6 9	VILLAMIZAR	BELTRAN	PEDRO	JOSE				2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6
5	Cédula de Ciudadan 1 3	1 4 9 8 4 9 8 0		COLOMBIA 1 6 9	RUBIANO	LOZANO	GUSTAVO					2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 1 7 0 3 2 8

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	NIT 3 1	1 6 7 0 1 5 4 7	3	COLOMBIA 1 6 9	GONZALEZ	HERRADA	CARLOS	ALBERTO				2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6
2	NIT 3 1	1 6 6 4 3 9 8 4	1	COLOMBIA 1 6 9	GIL	OSORIO	EDUARDO					2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6
3	NIT 3 1	1 4 8 7 5 3 5 4	8	COLOMBIA 1 6 9	CASTRO	CASTRO	LUIS	FERNANDO				2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6
4	NIT 3 1	5 1 5 9 3 0 4 9	1	COLOMBIA 1 6 9	SANCHEZ	CIFUENTES	NORA	BEATRIZ				2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6
5	Cédula de Extranjer 2 2	9 7 0 7 9 3		ESPAÑA 2 4 5	BARTOLOME	GARCIA	GONZALO					2 0 2 0 0 6 1 6	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Pasaporte 4 1	P A K 5 6 6 9 3 5		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CIRIA	SUAREZ	HECTOR	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 6 1 6	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Pasaporte 4 1	P A K 6 1 3 9 2 9		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MASCARO	SERVERA	MIGUEL	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 6 1 6	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 3 0 6 1 9 7 6 4	1	1 8 2 4 2 4 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
BERMUDEZ	RODRIGUEZ	OLGA	LUCIA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
9 0 0 9 4 3 0 4 8	4	PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 1 2 1 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 4 8 2 8 6 7 0	4	3 1 2 5 6 0 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
SANCHEZ	MUÑOZ	JEINNER	

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
9 0 0 9 4 3 0 4 8	4	PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 1 1 2 4

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 8 6 0 3 4 2 6	0	1 2 1 1 9 1 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
GONZALEZ	HENAO	DIANA	PATRICIA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 6 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CR 38 A 5 A 100

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 6 0 2 6 - 2	1 9 7 3 0 1 0 9	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD ONCOLOGICA IMBANACO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CR 38 A 5 A 76

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 4 1 1 1 9	1 9 9 3 0 5 1 1	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0	2 0 1 8 0 8 0 9	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 02 CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CR 38 A 5 A 109 T B

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 7 3 5 8 7	2 0 0 5 1 1 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 15 CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CL 5 B 5 38 BIS 64 TO C

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 7 3 5 8 8	2 0 0 5 1 1 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 04 CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CR 38 A 5 A 76 P 1

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 7 3 5 8 9	2 0 0 5 1 1 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 08 CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CR 38 A 5 A 50

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 7 3 5 9 5	2 0 0 5 1 1 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 09 CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CL 36 NORTE 6 A 65 P 7

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 7 3 5 9 8	2 0 0 5 1 1 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 10 CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CL 15 A 103 20

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
7 3 8 0 3 6	2 0 0 8 0 5 0 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 11 CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CL 5 B 5 38 A 24

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
7 6 1 4 9 9	2 0 0 9 0 4 0 1	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 12 CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CL 5 C 39 33

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
7 8 0 6 9 5	2 0 1 0 0 1 0 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0	2 0 1 8 0 8 0 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 14 CLINICA IMBANACO S.A.S ALTA COMPLEJIDAD

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CL 5 38 B 105

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
8 7 7 2 1 2	2 0 1 3 0 7 2 3	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 2 1 0 0 0		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 13 INSTITUTO DE CANCER

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CL 5 B 38 A 78

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
9 1 4 5 3 7	2 0 1 4 1 1 1 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
	2 0 1 7 0 2 1 5	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967884622

(415)7707212489984(8020) **000001496788462 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento: CLINICA IMBANACO S.A.S. SEDE PRINCIPAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CR 38 BIS 5 B 2 04

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
9 2 3 9 9 2	2 0 1 5 0 4 0 9		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento: SEDE SATELITE UNICO YUMBO CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Yumbo 8 9 2

165. Dirección: CL 15 5 50 CC UNICO LOCAL 11

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
1 0 9 8 5 2 2	2 0 2 0 1 0 2 2		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento: SEDE SATELITE UNICO CALI CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 52 3 29 CC UNICO 2 LC 409

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
1 0 9 9 3 9 7	2 0 2 0 1 0 2 9		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Representa Legal
CLINICA IMBANACO S.A.S.



COPIA CONTROLADA
Proceso Contractual