COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO



ACUERDO DE NIVELES DE SERVICIO

LABORATORIO CLÍNICO

Laboratorio Clínico Colcan | @Colcan_Lab | Laboratorio Clínico Colcan | Laboratorio Colcan | Laboratorio Clínico Colcan

www.colcan.com.co | Evolucionamos como la vida

Señores
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL
Fundación Magdalena

Fecha: 26/08/2026

Asunto: Acuerdo de niveles de servicio Laboratorio de Referencia.

Respetados

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL;

Con el propósito de consolidar nuestra relación comercial con E.S.E.HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL y facilitar el desarrollo de los procesos operacional, comercial, financiero, y administrativo, alineándonos a las necesidades de su entidad, describimos a continuación el acuerdo de niveles de servicio para garantizar una operación ágil y eficiente en busca del beneficio y seguridad de sus pacientes y usuarios, permitiendo el mejoramiento continuo en nuestras organizaciones y la contribución que cada uno pueda hacer a la salud de los colombianos.

Tipo de servicio: **REFERENCIA**

1. TOMA DE MUESTRAS – RECURSO HUMANO

La toma de muestras estará a cargo del personal de E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL

Las muestras deben ser remitidas con órdenes de solicitud de servicios con los requisitos mínimos: nombre completo, tipo y documento de identidad del paciente, fecha de nacimiento, edad, nombre de la prueba remitida y código interno de COLCAN, ver documento “Protocolo de remisión de muestras”

Las especificaciones de toma de muestra, estabilidad, técnica, oportunidad y utilidad clínica de las pruebas las pueden consultar en nuestro portafolio de servicios en la página web, www.laboratoriocolcan.com Además se podrá consultar todas las novedades que se presentan por actualización en la información frente a los exámenes.

icontec ISO 9001 SC4711-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

El portafolio, incluye código interno COLCAN y actualización de CUPS de acuerdo con la resolución vigente.

2. PRESTACIÓN DE SERVICIO Y PROCESAMIENTO

El Laboratorio Clínico COLCAN prestará los servicios procesamiento de muestras y cubrirá la parte logística para el transporte de las muestras, que requieran ser enviadas a la sede principal en Bogotá por su complejidad.

COLCAN como laboratorio de referencia se está a la vanguardia en el procesamiento de pruebas de todos los niveles de complejidad, con lo cual podrá dar cobertura a todas las necesidades en cuanto a portafolio en laboratorio clínico y en todos los niveles de atención incluyendo:

- Química, Hormonas, Hematología básica y especializada.
- Citometría de flujo básica y especial.
- Biología Molecular.
- Monitoreo de drogas terapéuticas y de trasplante.
- Toxicología básica y especializada.
- Patología y Citología.
- Departamento completo de Genética comprendiendo exámenes de Citogenética Convencional, Citogenética Molecular, Secuenciación Sanger y Próxima Generación, MLPA, Hibridación Genómica Comparativa.

3. OPORTUNIDAD Y ENTREGA DE RESULTADOS

La frecuencia de los montajes de cada una de las pruebas está determinada por la complejidad de ésta, la oportunidad se puede consultar en nuestro portafolio de servicio en la página web:

- Exámenes de rutina y baja y mediana complejidad: para el mismo día.
- Exámenes de alta complejidad procesados en las instalaciones de COLCAN Bogotá, de acuerdo a montajes programados.
- Los resultados estarán disponibles para descargar en la página web o en los medios definidos https://resultados.labcolcan.com/login.aspx haciendo uso del usuario y clave asignada.

COLCAN S.A.S | NIT: 800.066.001-3 | Contact Center: (60-1) 743 7777 | Línea gratuita nacional: 01 8000 180319
Correo electrónico: info@laboratoriocolcan.com | Sitio web: www.colcan.com.co
icontec ISO 9001 SC4711-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

3.1 OFICINA VIRTUAL

Nuestra oficina virtual es una plataforma de servicios multiusos que tiene como objetivo que las entidades puedan tener mayor autonomía y acceso a la información de los pacientes remitidos a COLCAN, a través de ésta es posible ingresar las solicitudes que serán remitidas a COLCAN, obteniendo los resultados para cada uno de los pacientes en la misma plataforma. Igualmente cuenta con la opción de solicitar directamente la recolección de muestras a nuestra área de logística.

La aplicación cuenta con módulos de estadísticas y un dashboard donde es posible verificar el estado de cada muestra, tarifa y las pruebas Pareto de remisión.

4. TRANSPORTE DE MUESTRAS - LOGÍSTICA

COLCAN cuenta con un departamento de logística especializado, con personal debidamente entrenado en el manejo y transporte de muestras biológicas de forma segura, eficiente y bajo la normatividad legal (triple embalaje, cadena de frío, manejo de derrames y bioseguridad).

En la actualidad este equipo de mensajería propio da cobertura en 22 ciudades, garantizando la recolección adecuada y oportuna de las muestras. Estamos en la capacidad de ampliar el equipo a la luz de los requerimientos y necesidades adicionales que puedan generarse en la prestación del presente contrato.

36
Sedes Nacionales

4.1 SOLICITUD DE MENSAJERÍA

- Ruta de mensajería fija en el horario 08:00 -04:00 PM
- Solicitud de mensajería a necesidad:

Contacto: : Cel 318 3440451	Horario de recolección: 08:00 -12:00 PM

5. CONSULTORÍA Y SERVICIO AL CLIENTE

La gestión de servicio al cliente COLCAN asegura la experiencia y satisfacción de los usuarios sobre los servicios prestados por la organización, respondiendo de forma oportuna, eficiente, proporcionando soporte clínico, científico y de educación continua, a través del análisis, implementación y post optimización de los procesos, contribuyendo a la fidelización de

estos.



5.1 SERVICIO AL CLIENTE

Seguimiento, Fidelización, Asesoría, Satisfacción y Gestión de PQRS'F por parte de Clientes en sus distintas unidades de negocio y pacientes.

Asesor de SAC:	Teléfono:	Correo:
Camila Miranda	3174299594	Servicioalclientezona2@laboratoriocolcan.com

- Línea de atención al usuario WhatsApp: +57 316 8775766
- Contact center: (60-1) 7437777

5.2 CONTACTOS DEL CLIENTE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE

Contacto	Correo	Teléfono
Contacto asistencial:	MARY PICO	300 3841834
Contacto de tesorería o cartera:	JORGE AVILA	3008827371
Contacto comercial:	JOSE JORGE CASTRO	3184147730

5.3 ASESORÍA TÉCNICO-CIENTÍFICO

Contamos con un grupo de médicos patólogos, bacteriólogos, médicos genetistas que ofrecen asesoría técnica detallada concerniente a la toma de una muestra especial o a su interpretación clínica; de esta manera le brindaremos el apoyo científico que requiera en el momento necesario, diligenciando los datos en el siguiente enlace:

https://laboratoriocolcan.com/mesa-ayuda-clinica/



6 FACTURACIÓN Y PAGO

Se realizará el pago de los servicios de Modalidad de cuenta.

La emisión, generación y expedición de las facturas se realizará electrónicamente al momento de prestar los servicios y se radicará anexando los soportes definidos de conformidad con la normatividad vigente(se radica con los parafiscales y los resultados de los exámenes. Las facturas emitidas, generadas y expedidas durante la última semana del mes serán radicadas en el periodo siguiente a la prestación del servicio.

6 PROPUESTA ECONÓMICA

La tarifa acordada: Adjunto Portafolio de Servicios y Oportunidad de Entrega de Resultados – **Tarifa COLCAN final 2026**

Los valores previstos en esta propuesta se incrementarán en enero de cada año, como mínimo de acuerdo con el índice de precios al consumidor (IPC), certificado por el DANE, con corte al 31 de diciembre, para el año anterior. Si dentro de la ejecución del contrato existen variaciones que generen impacto en los precios de los servicios, debido a variaciones del mercado o por cambios de tecnología, se notificará para su respectivo estudio y aceptación.

Seguros de que podemos unir esfuerzos en beneficio de los pacientes y el fortalecimiento del servicio de Salud, COLCAN está dispuesto a poder ayudar y realizar aportes en el modelo de atención definido. Quedamos atentos a cualquier duda, requerimiento o revisión adicional.

Atentamente:



EJECUTIVO DE CUENTA COLCAN
Jose Jorge Castro Cavadia
Teléfono: 318 4147730
Email: Jorge.castro@laboratoriocolcan.com

Tipo de servicio: **REFERENCIA**


COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO



COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cédula de Extranjería

RESIDENTE No. 184768

APELLIDOS ANDRADE CHAVEZ

NOMBRES ABDON MARCELO

NACIONALIDAD ECU

FECHA DE NACIMIENTO 1950/02/24

SEXO M RH B+

F. EXPEDICIÓN 2025/02/25

VENCE 2030/02/25

FIRMA

INDICE DERECHO



P675011

El titular de este documento debe notificar a MIGRACION COLOMBIA cualquier cambio en la condición o información migratoria

The holder of this document must notify MIGRACIÓN COLOMBIA any change of information or immigration status

www.migracioncolombia.gov.co

Director Migración Colombia

Martha Hernández Arango (E)

I<COL184768<<<0<<<<<<<<<<<<<<<

5002249M3002256ECU<<<<<<<<<<<8

ANDRADE<CHAVEZ<<ABDON<MARCELO<

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

EL JUEVES 3 DE DICIEMBRE DE 2026, SE ELEGIRÁ JUNTA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ. LA INSCRIPCIÓN DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE HASTA EL 3 DE NOVIEMBRE ACORDE CON EL OFICIO 303-256110 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES. PARA INFORMACIÓN DETALLADA PODRÁ COMUNICARSE AL TELÉFONO (601) 5941000 EXT. 2597, AL CORREO ELECCIONJUNTADIRECTIVA@CCB.ORG.CO, DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL (AVENIDA EL DORADO #68D-35, PISO 8), O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CCB.ORG.CO/ELECCIONES2026

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
Sigla: COLCAN S.A.S.
Nit: 800066001 3
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00372947
Fecha de matrícula: 26 de mayo de 1989
Último año renovado: 2026
Fecha de renovación: 27 de marzo de 2026
Grupo NIIF: Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cll 49 13-60
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: analistacontabilidad@laboratoriocolcan.com
Teléfono comercial 1: 7437777
Teléfono comercial 2: 3184772803
Teléfono comercial 3: No reportó.

Mario Fernando Avila Cristancho

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Dirección para notificación judicial: Cll 49 13-60
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: gestionlegal@laboratoriocolcan.com
Teléfono para notificación 1: 7437777
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

E.P. No. 871, Notaría 2a. de Bogotá del 8 de febrero de 1.989, inscrita el 26 de mayo de 1.989 bajo el número 265. 771 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada: "CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ" COLCAN LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta No. 30 de la Junta de Socios del 3 de julio de 2009, inscrita el 21 de julio de 2009 bajo el número 1313802 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió de nombre de: CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVÁEZ COLCAN LTDA, por el de: CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO NARVÁEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA sigla COLCAN S A S.

Por Acta No. 30 de la Junta de Socios del 3 de julio de 2009, inscrita el 21 de julio de 2009 bajo el número 1313802 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformó de Sociedad Limitada a Sociedad por Acciones Simplificada S A S bajo el nombre de: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA sigla COLCAN S A S

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Acta de la Asamblea de Accionistas del 28 de julio de 2009, inscrita el 31 de julio de 2009 bajo el número 1316659 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO NARVÁEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA sigla COLCAN S A S, por el de: CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVÁEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA sigla COLCAN S.A.S.

Por Acta No. 70 del 30 de noviembre de 2023 de la Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de Diciembre de 2024 , con el No. 03193062 del Libro IX, mediante fusión la sociedad: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA (absorbente), absorbe a la sociedad: AVANTA WELLCARE SAS (absorbida).

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

La Sociedad tendrá como objeto social la prestación de servicios de salud y ayudas diagnósticas médicas en cualquiera de sus modalidades, cómo son: Laboratorio clínico, salud ocupacional e imagenología. Así mismo la sociedad prestará servicios de Laboratorio de genética forense. La sociedad podrá desarrollar cualquier actividad civil o comercial que sea considerada lícita o que no esté restringida por la ley.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : $4.050.000.000,00
No. de acciones : 4.050.000,00
Valor nominal : $1.000,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : $554.045.000,00
No. de acciones : 554.045,00
Valor nominal : $1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $549.955.000,00
No. de acciones : 549.955,00
Valor nominal : $1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

El representante legal es el Gerente y su suplente es el subgerente. El segundo suplente del Gerente también es representante legal de la sociedad, en ausencia del Gerente y del suplente del Gerente o subgerente con iguales atribuciones.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

El Gerente, el Subgerente y el segundo suplente del Gerente, podrán realizar cualquier acto civil o comercial lícito que no esté restringido por ley, y que conlleve al normal desarrollo y buen funcionamiento del objeto social. Dichas personas, representarán a la sociedad ante cualquier entidad del orden nacional, departamental o municipal. Los representantes legales, podrán ejecutar cualquier acto mercantil o civil sin límite de cuantía, conforme a lo contemplado en el objeto social.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 30 del 3 de julio de 2009, de Junta de Socios, inscrita en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2009 con el No. 01313802 del Libro IX, se designó a:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Abdon Marcelo Andrade Chavez	C.E. No. 184768

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Del Gerente	Alicia Cumanda Narvaez De Andrade	C.E. No. 188036
Segundo Suplente Del Gerente	Freddy Marcelo Andrade Narvaez	C.E. No. 240125

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 57 del 26 de junio de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de julio de 2019 con el No. 02487994 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	ASTAF AUDITORES Y CONSULTORES CONTABLES SAS	N.I.T. No. 830068110 6

Por Documento Privado del 27 de junio de 2019, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de julio de 2019 con el No. 02487995 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Leidys Sofia Castro Oviedo	C.C. No. 1018424038 T.P. No. 168175-T
Revisor Fiscal Suplente	Jenny Rodriguez Galindo	C.C. No. 52232898 T.P. No. 99284-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001325 del 1 de septiembre de 1999 de la Notaría 26 de Bogotá D.C.	00695497 del 9 de septiembre de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0002101 del 11 de julio de 2002 de la Notaría 26 de Bogotá D.C.	00836023 del 17 de julio de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0004031 del 22 de diciembre de 2008 de la Notaría 26 de Bogotá D.C.	01266423 del 30 de diciembre de 2008 del Libro IX
Acta No. 30 del 3 de julio de 2009 de la Junta de Socios	01313802 del 21 de julio de 2009 del Libro IX
Acta No. 31 del 28 de julio de 2009 de la Asamblea de Accionistas	01316659 del 31 de julio de 2009 del Libro IX
E. P. No. 955 del 13 de mayo de 2010 de la Notaría 26 de Bogotá D.C.	01387578 del 29 de mayo de 2010 del Libro IX
Acta No. 34 del 10 de diciembre de 2010 de la Asamblea General	01438522 del 22 de diciembre de 2010 del Libro IX
E. P. No. 1780 del 5 de octubre de 2012 de la Notaría 26 de Bogotá D.C.	01673899 del 16 de octubre de 2012 del Libro IX
Acta No. 60 del 11 de septiembre de 2020 de la Asamblea de Accionistas	02620210 del 29 de septiembre de 2020 del Libro IX
Acta No. 70 del 30 de noviembre de 2023 de la Asamblea de Accionistas	03193062 del 30 de diciembre de 2024 del Libro IX

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Por Documento Privado del 12 de diciembre de 2025 de Representante Legal, inscrito el 16 de diciembre de 2025 bajo el número 03326122 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:

- PRIME HEALTHCARE HOLDING SL
Domicilio: (Fuera Del País)
Nacionalidad: Española
Actividad: CIIU: 7010, Actividades de administración empresarial.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio
Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.
Fecha de configuración de la situación de control : 2025-10-29

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8691
Actividad secundaria Código CIIU: 8621

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: SEDE PRINCIPAL COLCAN
Matrícula No.: 00544731
Fecha de matrícula: 21 de abril de 1993
Último año renovado: 2026

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cll 49 No 13 60
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	SEDE CENTRO COLCAN
Matrícula No.:	01549537
Fecha de matrícula:	23 de noviembre de 2005
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 19 No. 10 08 Cs 204
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	VITALEA 109
Matrícula No.:	01549539
Fecha de matrícula:	23 de noviembre de 2005
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 109 No. 15 91
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	SEDE AMERICAS COLCAN
Matrícula No.:	02199836
Fecha de matrícula:	31 de marzo de 2012
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 6A Nª 71B-36
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	SEDE CALLE 45 COLCAN
Matrícula No.:	02315531
Fecha de matrícula:	24 de abril de 2013
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 45 No. 8 98
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	SEDE FUSAGASUGA COLCAN
Matrícula No.:	02620936
Fecha de matrícula:	2 de octubre de 2015
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cr 7 # 8-74/78

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Municipio:	Fusagasugá (Cundinamarca)
Nombre:	SEDE SUBA COLCAN
Matrícula No.:	03062014
Fecha de matrícula:	5 de febrero de 2019
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cr 103 D 152 B 23 Lc 2
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	VITALEA CAJICÁ
Matrícula No.:	03087548
Fecha de matrícula:	21 de marzo de 2019
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Km 1. 5 Via Chia - Cajica Nou Centro Empresarial Torre 2 Co
Municipio:	Cajicá (Cundinamarca)
Nombre:	VITALEA 82
Matrícula No.:	03096512
Fecha de matrícula:	8 de abril de 2019
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cr 15 81 - 30 Int 2
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	VITALEA 93
Matrícula No.:	03289533
Fecha de matrícula:	26 de septiembre de 2020
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Carrera 11 # 93 A- 30 Local 101
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	SEDE SOACHA - COLCAN S.A.S
Matrícula No.:	03384167
Fecha de matrícula:	2 de junio de 2021
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Carrera 7 17 81
Municipio:	Soacha (Cundinamarca)

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre:	VITALEA SALITRE
Matrícula No.:	03427504
Fecha de matrícula:	13 de septiembre de 2021
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Avenida Calle 24 69 B 53
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	VITALEA 117
Matrícula No.:	03723318
Fecha de matrícula:	29 de agosto de 2023
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Calle 117 # 6 A- 60 Local 101 Edificio Flormorado Empresarial P.H
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	VITALEA NIZA
Matrícula No.:	03761631
Fecha de matrícula:	26 de diciembre de 2023
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Transversal 60 128 88
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	SOY VIOLETA
Matrícula No.:	03768438
Fecha de matrícula:	18 de enero de 2024
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Calle 109 15 66
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	VITALEA RESTREPO
Matrícula No.:	04045113
Fecha de matrícula:	7 de enero de 2026
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Carrera 18 # 18 - 60 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre:	VITALEA CEDRITOS
Matrícula No.:	04047848
Fecha de matrícula:	14 de enero de 2026
Último año renovado:	2026
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Avenida Carrera 19 139 35
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 236.025.933.634

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8691

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 3 de agosto de 2026 Hora: 15:23:16
Recibo No. AB26409244
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B264092442D76B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Impuestos, fecha de inscripción : 7 de julio de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 4 de abril de 2026. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



República de Colombia
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SAS - COLCAN SAS

SIGLA: COLCAN S.A.S

NIT No. 8 0 0 0 0 6 6 0 0 1 - 3

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO [ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

PRIVADA X

CLASE 1 6 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN: CALLE 49 No 13-60

TELÉFONOS: 7 4 4 7 5 5 5

FAX: 7 4 4 7 5 5 5 E X T 2 3 2 5

APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 1 EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO

2 SALUD OCUPACIONAL

3 3 LECTURA DE CITOLOGIA VAGINAL

4 IMAGENOLOGIA

5 5 PROCESAMIENTO DE PATOLOGIAS

6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	X		4 0 7 7 0 7 5	31/05/2022	817.500.000
SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.		X	2 8 7 9 0 0 0	31/03/2021	17.706.567.657
MEDERI		X	5 6 0 0 5 2 0	1/06/2022	3.000.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: ANDRADE

SEGUNDO APELLIDO: CHAVEZ

NOMBRES: ABDON MARCELO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [ ] C.E. [X] PASAPORTE [ ]

NÚMERO: 1 8 4 7 6 8

ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] [ ]

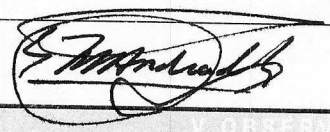
CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: ILIMITADO

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES : _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

Bogota,3 de agosto de 2026

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141243927404

(415)7707212489984(8020) 000014124392740 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
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
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.

36. Nombre comercial	37. Sigla
	COLCAN S A S

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 49 13 60

42. Correo electrónico contador@laboratoriocolcan.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 1	1 9 8 9 0 2 0 8	8 6 2 1	2 0 1 1 0 2 1 0				4 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 35 7 8 9 10 14 15 16 18 19 26 41 42 48 52 55 59

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
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

54. Código: 22 23

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	2	57. Modo	2		
		58. CPC	9 3		

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 2026-04-01 / 08:32:23AM

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 ANDRADE CHAVEZ ABDON MARCELO

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: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	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 1
72. Número	8 7 1	6 0
73. Fecha	1 9 8 9 0 2 0 8	2 0 2 0 0 9 1 1
74. Número de notaría	2	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 8 9 0 5 2 6	2 0 2 0 0 9 2 9
77. No. Matrícula mercantil	0 0 3 7 2 9 4 7	0 0 3 7 2 9 4 7
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 8 9 0 2 0 8	2 0 2 0 0 9 1 1
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	2 0 9 9 1 2 3 1

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	2 1	2 0 0 9 0 7 2 8		-
2	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
3		Año Mes Día		-
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			

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante: PRIME HEALTHCARE HOLDING SL

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

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: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Extranjerí 2 2	1 8 4 7 6 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ANDRADE	CHAVEZ	ABDON	MARCELO

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 0 2 0 6 2 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Extranjer 2 2	1 8 8 0 3 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
NARVAEZ	DE ANDRADE	ALICIA	CUMANDA

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

3

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Extranjer 2 2	2 4 0 1 2 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ANDRADE	NARVAEZ	FREDDY	MARCELO

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: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

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 Extranjer 2 2	1 8 4 7 6 8		ECUADOR 2 3 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ANDRADE	CHAVEZ	ABDON	MARCELO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
52,000,000	4 0	1 9 8 9 0 2 0 8	2 0 2 1 0 5 0 6

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	1 8 8 0 3 6		ECUADOR 2 3 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
NARVAEZ	DE ANDRADE	ALICIA	CUMANDA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
52,000,000	4 0	1 9 8 9 0 2 0 8	2 0 2 1 0 5 0 6

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	2 4 0 1 2 4		ECUADOR 2 3 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ANDRADE	NARVAEZ	ALICIA	PAOLA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
13,000,000	1 0	1 9 8 9 0 2 0 8	2 0 2 1 0 5 0 6

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	2 4 0 1 2 5		ECUADOR 2 3 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ANDRADE	NARVAEZ	FREDDY	MARCELO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
13,000,000	1 0	1 9 8 9 0 2 0 8	2 0 2 1 0 5 0 6

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Documento de Identi 4 2	N 0 2 9 3 6 3 8 C		ESPAÑA 2 4 5

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

119. Razón social: PRIME HEALTHCARE HOLDING SL

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

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: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

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 0 1 8 4 2 4 0 3 8		1 6 8 1 7 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
CASTRO	OVIEDO	LEIDYS	SOFIA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 6 8 1 1 0	6	ASTAF AUDITORES Y CONSULTORES CONTABLES SAS

135. Fecha de nombramiento: 2 0 1 9 0 6 2 7

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 2 3 2 8 9 8		9 9 2 8 4 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
RODRIGUEZ	GALINDO	JENNY	

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 6 8 1 1 0	6	ASTAF AUDITORES Y CONSULTORES CONTABLES SAS

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 9 0 6 2 7

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 2 6 5 8 7 9 5		2 3 2 4 5 0 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SANABRIA	MALDONADO	GINA	JULIETH

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 7 2 6

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE CENTRO COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 19 10 08 CS 204

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE CALLE 85 COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 85 12 15

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA 109

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 109 15 91

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UBA SUBA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AV CALLE 145 85 52 P 1 OF 1

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 7 4 6 5 4 4	2 0 0 7 1 0 1 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 8 0 4 0 6

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UBA CALLE 80 COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AV CALLE 80 92 27 P 1 CS 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 7 4 6 5 5 0	2 0 0 7 1 0 1 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 9 1 0 1 8

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UBA CALLE 161 COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 161 16 D 05

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 8 5 4 6 8	2 0 0 9 0 4 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 8 0 4 0 6

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UPP MEDICINA PREPAGADA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 102 14 A 70 P 2 OF 202

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 8 5 4 6 5	2 0 0 9 0 4 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 9 1 0 1 8

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UBA QUIROGA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 32 SUR 21 C 30

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 6 5 2 0 1	2 0 0 9 0 1 2 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 8 0 4 0 6

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UBA AV 68 COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AV CRA 68 17 12 LC 1 Y 2 P 1 CS 1

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE PRINCIPAL COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 49 13 60

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UBA LOURDES COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AV CL 63 10 45 CS 1 A 1 B

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 8 1 5 6 8	2 0 1 1 0 3 2 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 9 1 0 1 8

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UPREC COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AUT NORTE 103 13 CS 401

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 8 9 6 0 0	2 0 1 0 0 5 0 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 9 1 0 1 8

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE ALLIANZ COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AV KRA 19 102 31 P 1 CS 10

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE AMERICAS COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 6 A 71 B 36

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 1 9 9 8 3 6	2 0 1 2 0 3 3 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE ALLIANZ ESPERANZA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 46 22 B 20 P 1 CS 3

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE NEIVA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	Neiva 0 0 1	

165. Dirección: CL 16 7 33

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 2 0 2 8 2 0 0	2 0 0 9 1 1 0 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE BARRANCABERMEJA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Santander 6 8	Barrancabermeja 0 8 1	

165. Dirección: AV FERROCARRIL CL 52 19 35 BRR TORCOROMA

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE VILLAVICENCIO COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1	

165. Dirección: CR 35 35 18 BRR BARZAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 2 2 1 2 9 4	2 0 1 1 0 9 2 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE IBAGUE COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 4 H 34 A 18

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: UBA IBAGUE INTERLAKEN COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 5 39 56

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 1 8 8 4 8 6	2 0 0 8 0 2 0 7	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 6 0 6 0 1	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE SOGAMOSO COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9	

165. Dirección: CL 17 14 18

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE CALLE 45 COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CL 45 8 98

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE CUCUTA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1	

165. Dirección: CL 4 7 E 46

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 2 5 9 6 7 2	2 0 1 4 0 4 0 7	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE BUCARAMANGA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1	

165. Dirección: CL 63 32 89

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 9 3 8 8 6	2 0 1 4 0 5 0 2	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3		

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE CALI COLCAN

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

165. Dirección: CR 41 5 A 61

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
8 9 7 9 0 7	2 0 1 4 0 4 1 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE MEDELLIN COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1	

165. Dirección: CR 74 43 31 LC 101

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 2 0 0 7 3 9 7	2 0 1 4 0 9 0 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 6 0 2 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE PEREIRA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1	

165. Dirección: AV JUAN B GUTIERREZ 17 55 ED ICONO PH OF 402

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 8 1 1 7 9 6 5	2 0 1 4 0 9 0 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 2 3 0 6 1 4	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE CHIA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

165. Dirección: CR 8 16 66

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 5 8 5 3 0 3	2 0 1 5 0 6 1 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 9 0 3 2 3

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE FUSAGASUGA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

165. Dirección: CR 7 8 74 78

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 6 2 0 9 3 6	2 0 1 5 1 0 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE MEDELLIN LAURELES LA CASTELLANA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

165. Dirección: CR 80 C 32 E E 85

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 6 0 1 7 7 7 0 2	2 0 1 5 1 1 2 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: UBA VILLAVICENCIO COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1	

165. Dirección: CR 38 34 40

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 1 6 2 7 1 7	2 0 0 7 1 1 0 9	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 5 1 0 2 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE ZIPAQUIRA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9	

165. Dirección: AK 16 5 28

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 2 8 7 2 7 6 5	2 0 1 7 0 9 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 2 2 0 3 1 7	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: SEDE BARRANQUILLA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1	

165. Dirección: CR 65 72 46

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 6 3 4 7 0	2 0 1 7 0 1 0 4	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3		

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE COLCAN ALLIANZ BARRANQUILLA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

165. Dirección: CR 50 83 33 P 1 CS 1

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
6 6 9 4 9 5	2 0 1 7 0 3 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 9 0 3 3 0

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE CARTAGENA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

165. Dirección: CR 19 2 C 06 C LC O 1 BRR PIE DE POPA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 9 3 9 4 6 7 8 0 2	2 0 1 8 0 4 2 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE SUBA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 103 D 152 B 23 LC 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 0 6 2 0 1 4	2 0 1 9 0 2 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE TUNJA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CR 12 20 68

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 6 8 4 6 1	2 0 1 9 0 3 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE DUITAMA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

165. Dirección: CL 9 24 117

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE CAJICA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Cajicá 1 2 6

165. Dirección: KM 1 5 VIA CHIA-CAJICA NOU CENTRO EMPRESARIAL TO 2 CS 212 213 214 218

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 0 8 7 5 4 8	2 0 1 9 0 3 2 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 2 5 0 6 2 5

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA 82

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 15 81 30 IN 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 0 9 6 5 1 2	2 0 1 9 0 4 0 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE PALERMO COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 45 8 98

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: COLCAN SEDE TULUA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

165. Dirección: CR 37 25 79 ED VITA II CS 207 B 208 B 209 B

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 9 8 1 4 8	2 0 1 9 0 6 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 1 9 1 2 1 9

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE MONTERIA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

165. Dirección: CL 25 6 70 AP 101

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 7 6 2 4 2	2 0 1 9 1 2 0 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 2 3 0 3 1 5

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE COLCAN CALLE 63

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 63 13 34 P 6

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 2 2 0 0 5 9	2 0 2 0 0 2 1 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 2 1 0 6 0 5

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CENTRO DE ACOPIO PASTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

165. Dirección: CR 25 15 43 OF 205

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 0 0 7 9 1	2 0 2 0 0 7 1 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA 93

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 11 93 A 30 LC 101

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 2 8 9 5 3 3	2 0 2 0 0 9 2 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA 127

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 7 126 A 13

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 3 7 7 3 6 1	2 0 2 1 0 5 1 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 2 3 1 1 0 7

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE SOACHA - COLCAN SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

165. Dirección: CR 7 17 81

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 3 8 4 1 6 7	2 0 2 1 0 6 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE VALLEDUPAR COLCAN PRIMER PISO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

165. Dirección: CR 15 13 B BIS 50

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 1 6 3 3	2 0 2 1 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA SALITRE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AV CL 24 69 B 53

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA KIDS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 15 102 28 LC 102

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 5 5 7 7 2 8	2 0 2 2 0 7 2 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	2 0 2 4 0 6 1 4

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE JAMUNDI COLCAN SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Jamundí 3 6 4

165. Dirección: CL 9 10 46 CS 1 Y 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 6 1 9 4 7	2 0 2 2 0 8 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE PEREIRA EDIFICIO OVAL MEDICA COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

165. Dirección: AV JUAN B GUITIERREZ 18 60 ED OVAL MEDICA CS 902 903 BRR LA JULITA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 2 0 0 7 6 0	2 0 2 2 0 9 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE RIO CAUCA - COLCAN SAS

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

165. Dirección: CL 75 A 20 81 ZN 7 P 1 LC 249 250

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 6 1 9 5 6	2 0 2 2 0 8 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE CARTAGO -COLCAN SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cartago 1 4 7

165. Dirección: CL 12 2 48 LC 12

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
1 0 7 9 9 6	2 0 2 2 0 8 1 2	3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE MONTERIA BARRIO LA JULIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

165. Dirección: CL 16 A 13 16 BRR LA JULIA

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA 117

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 117 6 A 60 LC 101 ED FLORMORADO EMPRESARIAL PH

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA NIZA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: TV 60 128 88

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 7 6 1 6 3 1	2 0 2 3 1 2 2 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SOY VIOLETA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 109 15 66

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 7 6 8 4 3 8	2 0 2 4 0 1 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA CAJICA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Cajicá 1 2 6

165. Dirección: KM 1 5 VIA CHIA CAJICA NOU CENTRO EMPRESARIAL TO 2 CS 212 213 214 215 217 218

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE MEDELLIN CIUDAD DEL RIO COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

165. Dirección: CR 48 18 A 46

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
7 9 3 6 7 0 0 2	2 0 2 4 0 4 1 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA MEDELLIN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

165. Dirección: CL 27 46 70 IN 0107

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
8 0 1 6 5 4 0 2	2 0 2 4 0 8 2 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE SINCELEJO COLCAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Sucre 7 0	Sincelejo 0 0 1

165. Dirección: CR 19 27 07

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141243927404

(415)7707212489984(8020) **000014124392740 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 6 0 0 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA CALI

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

165. Dirección: CR 39 5 A 99

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA CEDRITOS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AK 19 139 35

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 4 0 4 7 8 4 8	2 0 2 6 0 1 1 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: VITALEA RESTREPO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 18 18 60 SUR

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 4 0 4 5 1 1 3	2 0 2 6 0 1 0 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 7 7 2 8 0 3	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

República de Colombia
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SAS - COLCAN SAS

SIGLA: COLCAN S.A.S

NIT No. 8 0 0 0 0 6 6 0 0 1 - 3

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO [ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

PRIVADA X

CLASE 1 6 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN: CALLE 49 No 13-60

TELÉFONOS: 7 4 4 7 5 5 5

FAX: 7 4 4 7 5 5 5 E X T 2 3 2 5

APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 1 EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO

2 SALUD OCUPACIONAL

3 3 LECTURA DE CITOLOGIA VAGINAL

4 IMAGENOLOGIA

5 5 PROCESAMIENTO DE PATOLOGIAS

6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	X		4 0 7 7 0 7 5	31/05/2022	817.500.000
SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.		X	2 8 7 9 0 0 0	31/03/2021	17.706.567.657
MEDERI		X	5 6 0 0 5 2 0	1/06/2022	3.000.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: ANDRADE

SEGUNDO APELLIDO: CHAVEZ

NOMBRES: ABDON MARCELO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [ ] C.E. [X] PASAPORTE [ ]

NÚMERO: 1 8 4 7 6 8

ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] [ ]

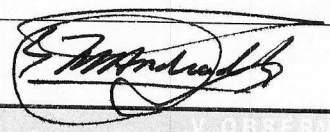
CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: ILIMITADO

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES : _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

Bogota,3 de agosto de 2026

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA

Personería de Bogotá, D. C.
Antecedentes Disciplinarios

CERTIFICADO ORDINARIO No. 7976587

Bogotá D.C., 3 de agosto de 2026 - 11:47 am

Código de verificación: 7976587NSMNM_B847C_03722

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ABDON MARCELO ANDRADE CHAVEZ,** quien se identifica con

CÉDULA DE EXTRANJERÍA No. **184768** de BOGOTÁ

(CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

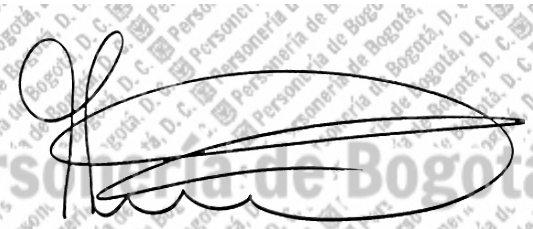
* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.



MAGDA ALEXANDRA GÒMEZ SANTANA
Personera Delegada Para El Juzgamiento Disciplinario I

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300563416

PIB
11:57:33

Bogotá DC, 03 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ identificado(a) con NIT número 8000660013:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300563092

PIB
11:55:19

Bogotá DC, 03 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ABDON MARCELO ANDRADE CHAVEZ identificado(a) con Cédula Extranjería número 184768:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 03 de agosto de 2026, a las 11:42:11, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	8000660013
Código de Verificación	8000660013260803114210

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 03 de agosto de 2026, a las 11:38:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Extranjería
No. Identificación	184768
Código de Verificación	184768260803113825

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:43:27 AM horas del 03/08/2026, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **184768**
Apellidos y Nombres: **ANDRADE CHAVEZ ABDON MARCELO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:49:14 horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **184768,**
Apellidos y Nombres **ANDRADE CHAVEZ ABDON MARCELO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COLCAN SAS**, con NIT **800066001-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/08/2026 11:46:22 a. m. para **- NIT, sin digito de verificación:** Nº. **800066001**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **145089942** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/08/2026 11:44:23 a. m. para **la Cedula de Extranjeria:** Nº. **184768**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **145089550** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Información 515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CE 184768 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 03/08/2026 11:50 AM

Código Verificación: **8C1SN23J7D**

Válida hasta: **01/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONTRATO 079-2024

1) DATOS GENERALES

CONTRATO	X
ORDEN	

No.	079-2024
TIPO	Prestación de servicios

CONTRATISTA:	CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVÁEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - COLCAN S.A.S
IDENTIFICACIÓN	NIT: 800066001 Dirección: CLL 49 13-60, Bogotá D.C Teléfono: (601) 7447555
CORREO ELECTRÓNICO	licitaciones@laboratoriocolcan.com
SUPERVISOR	Irina García Guerrera
OBJETO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON LA RED EXTERNA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS EXTRAHOSPITALARIOS DE RESONANCIAS MAGNÉTICAS SIMPLES, CONTRASTADAS (LOTE 1)"

2) FECHAS

DE SUSCRIPCIÓN:	17/04/2024
DEL ACTA DE INICIACIÓN	19/04/2024

3) GARANTÍAS

COMPAÑÍA DE SEGUROS	SEGUROS DEL ESTADO S.A
DE CUMPLIMIENTO	14-44-101208059- ANEXO 0 14-44-101208059- ANEXO 1 14-44-101208059- ANEXO 2 14-44-101208059- ANEXO 3
DE RESPONSABILIDAD CIVIL	14-40-101064115- ANEXO 1 14-40-101064115- ANEXO 2 14-40-101064115- ANEXO 3

4) MODIFICACIONES

MODIFICATORIO No. 1	PORROGA No. 01- 27/12/2024
MODIFICATORIO No. 2	MODIFICACION No. 02 (ADICION No. 01)- 11/02/2025
MODIFICATORIO No. 3	MODIFICACIÓN No.03 (PRORROGA No. 02)- 27/03/2025

5) PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO INICIAL	31/12/2024
PRORROGA N° 1	Desde 01/01/2025 Hasta 30/03/2025
PRORROGA N° 2	Desde 31/03/2025 Hasta 30/04/2025
PLAZO TOTAL	30/04/2025

CONTRATO 079-2024

6) VALOR

VALOR INICIAL	$ 901.680.000,00
VALOR ADICION	$ 220.000.000,00
VALOR TOTAL	$ 1.121.680.000,00

7) APROPIACIÓN PRESUPUESTAL

DISPONIBILIDAD			REGISTRO		
No.	Fecha	Valor	Número	Fecha	Valor
1469 SIIF 146924	15/02/2024	$ 960.000.000,00	2047 SIIF 203324	17/04/2024	$ 901.680.000,00

8) APROPIACIÓN PRESUPUESTAL (ADICIONES)

DISPONIBILIDAD			REGISTRO		
No.	Fecha	Valor	Número	Fecha	Valor
1181 SIIF 118125	20/01/2025	$ 220.000.000,00	1454 SIIF 144725	17/02/2025	$ 220.000.000,00

9) LIQUIDACION DEFINITIVA

Nº C.E	VALOR DE LA OBLIGACIÓN	RELACION DE GIRO		
		Nº	FECHA	FACTURA Nº
487381	$ 28.435.794,00	4487	12/09/2024	EPC1309080
487381	$ 39.193.082,00	4487	12/09/2024	EPC1311159
487381	$ 66.351.417,00	4487	12/09/2024	EPC1310534
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296714
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296716
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296715
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296717
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296718
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296719
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296720
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296721
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296722
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296723
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296701
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296702
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296703
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296704
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296705
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296706
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296707
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296708
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296709
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296710

CONTRATO 079-2024

487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296693
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296694
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296695
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296696
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296697
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296698
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296699
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296700
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296751
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296752
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296753
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296754
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296755
487433	$	507.000,00	4489	13/09/2024	EPC1296756
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296757
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296758
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296759
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296760
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296761
487433	$	507.000,00	4489	13/09/2024	EPC1296762
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296763
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296764
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296765
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296766
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296767
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296768
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296769
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296770
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296724
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296725
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296726
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296727
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296728
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296729
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296730
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296731
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296732
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296733
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296771
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296772
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296773
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296774
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296775
487433	$	253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296776

COLCAN
Gestión Legal

CONTRATO 079-2024

487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296777
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296778
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296779
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296780
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296781
487433	$ 507.000,00	4489	13/09/2024	EPC1296782
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296783
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296784
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296785
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296786
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296787
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296788
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296789
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296790
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296734
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296735
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296736
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296737
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296738
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296739
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296740
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296741
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296742
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296743
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296744
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296745
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296746
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296747
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296748
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296749
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296750
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296711
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296712
487433	$ 253.500,00	4489	13/09/2024	EPC1296713
487433	$ 47.938.623,00	4489	13/09/2024	EPC1302544
498670	$ 43.238.620,00	4608	12/12/2024	EPC1315645
498670	$ 65.163.360,00	4608	12/12/2024	EPC1320197
499016	$ 60.344.613,00	4616	19/12/2024	EPC1324777
504861	$ 44.522.392,00	4652	6/02/2025	EPC1329458
505274	$ 54.247.082,00	4657	11/02/2025	EPC1332046
508643	$ 114.696.702,00	4685	6/03/2025	EPC1343425
508643	$ 160.150.537,00	4685	6/03/2025	EPC1337675
518586	$ 18.220.367,00	4773	6/06/2025	EIDC156036
518586	$ 29.458.911,00	4773	6/06/2025	EIDC155993

COLCAN
Gestión Legal

CONTRATO 079-2024

518892	$ 19.581.939,00	4785	19/06/2025	EIDC153077
518892	$ 104.115.000,00	4785	19/06/2025	EIDC153077
523332	$ 57.184.737,00	4820	15/07/2025	EIDC162408
523332	$ 27.415.851,00	4820	15/07/2025	EIDC159713
529903	$ 32.660.829,00	4884	9/09/2025	EIDC164210
529903	$ 82.686.094,00	4884	9/09/2025	FCON111769
TOTAL	**$ 1.121.209.450,00**			

VALOR TOTAL CONTRATADO	**$ 1.121.680.000,00**	
VALOR PAGOS EFECTUADOS		**$ 1.121.209.450,00**
SALDO LIBERADO O A LIBERAR		**$ 470.550,00**
TOTALES IGUALES:	**$ 1.121.680.000,00**	**$ 1.121.680.000,00**

CONSTANCIAS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Según Acta de Recibo Final de fecha 01/05/2025, la cual hace parte integral del presente documento, el supervisor Certifica:

a. Cumplimiento del objeto contractual
b. Entrega de los productos contratados (Adquisición de bienes)
c. Cumplimiento de las obligaciones pactadas
d. Verificación del pago de aportes al sistema general de seguridad social.

ECUACIÓN CONTRACTUAL

Las partes declaran que la ecuación contractual surgida al momento de contratar se mantuvo durante la ejecución del contrato objeto de la presente liquidación.

CONSIDERACIONES FINALES

Teniendo en cuenta que el objeto del contrato y las obligaciones de las partes se cumplieron en su totalidad en forma satisfactoria, nos declaramos a paz y salvo por todo concepto por la celebración, ejecución y liquidación.

El presente Acta presta **Mérito Ejecutivo.**

Copia de los informes y/o productos entregados por el contratista reposan en la carpeta del contrato- Grupo Gestión Contratos- Área de Ejecución y Liquidación.

Con la presente Acta de Liquidación se cierra el presente expediente contractual.

CONTRATO 079-2024

Para constancia, se firma en Bogotá, D.C. 27 NOV 2025

EL CONTRATISTA,

Representante Legal
CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVÁEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - COLCAN S.A.S

Doctor Juan Camilo Ramírez Jaramillo
Jefe de Oficina Asesora del Sector Defensa
Oficina Asesora Jurídica (E)

PD. Elaine Aguilar Castro
(*Solo avala pagos) Área de Tesorería

Ing. José Miguel Cortés García
Subdirector Del Sector Defensa
Subdirección de Finanzas Hospital Militar Central

EL ORDENADOR DEL GASTO,

Ing. José Miguel Cortes García (E)
Subdirector Administrativo Hospital Militar Central

Coronel (RA) Luis Alfonso Reyes Ramírez
Jefe Unidad del Sector Defensa
Unidad Compras, Licitaciones y Bienes Activos

Revisó: Dra. Joice Sterling
Abogada Área Gestión Contratos

PD. Miguel Ángel Obando Castillo
Área Gestión Contratos
Unidad Compras, Licitaciones y Bienes Activos

Digitó:

Audrey Ramos
OPS Audrey Paola Ramos Murillo
Área Gestión Contractual-UCLBA-SUAD-HOMIL

COLCAN Centro Médico Oftalmológico Instituto de Cirugía Ocular Unidad Legal

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	**GESTIÓN FINANCIERA**	**CÓDIGO: GJ-FR-002**
		Versión: 04
	ACTA DE TERMINACION Y LIQUIDACION POR MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.2024-0429 CELEBRADO ENTRE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE-TOLIMA E.S.E Y CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - COLCAN SAS.	**Vigente desde: 29/05/2025**
		Páginas: 2

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS		**FECHA: 12/07/2024**
PLAZO TOTAL	**PLAZO INICIAL:**	**VALOR:**
SIETE (7) MESES	Siete(7) meses, contados a partir de la expedición del registro presupuestal, aprobación de la garantía ünica cuando así lo asigne el contrato electronico, adhesión de estampillas (sí aplica) y suscripción del acta de inicio física y publicada en la plataforma Secop II. 26/07/2024 AL 25/02/2025	$ 10.500.000,00
VIGENCIA TOTAL		**VALOR:**
26/07/2024 AL 24/08/2027		$ 10.500.000,00

CONTRATISTA:	CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - COLCAN S.A.S.	**NIT:**	800.066.001-3
SUPERVISOR:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD- BANCO DE SANGRE O QUIEN HAGA SUS VECES		

OBJETO:

PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS CONFIRMATORIAS PARA LOS DONANTES DE SANGRE DOBLEMENTE REACTIVOS DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE TOLIMA E.S.E.

APROPIACIÓN PRESUPUESTAL CONTRATO INICIAL:

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	**No.**	**FECHA**	**VALOR**
	2140	20/06/2024	$ 10.500.000,00
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	**No.**	**FECHA**	**VALOR**
	4240	16/07/2024	$ 10.500.000,00
	RUBRO PRESUPUESTAL	2.4.5.02.09.9.3.1.9.5.01 SERVICIO DE LABORATORIO (INMUNOHISTOQUIMICA - PATOLOGIA-PRUEBAS CONFIRMATORIAS)	

PAGOS EFECTUADOS

COMPROBANDE DE PAGO	FECHA	VALOR	NUMERO DE FACTURA
195931	17/01/2025	1.590.000	EPC 1324679
199086	21/02/2025	1.550.000	EPC 1330709
200930	31/03/2025	1.530.000	FCON 47776
204460	20/05/2025	420.000	FCON 56771
202670	24/04/2025	1.265.000	FCON72946
202670	24/04/2025	1.260.000	FCON75579
209291	11/07/2025	1.625.000	FCON55700
209291	11/07/2025	1.230.000	EPC1346662
TOTAL DE PAGOS		**$ 10.470.000,00**	

BALANCE DEL CONTRATO:

DETALLE		VALORES (Expresados en pesos Colombianos)
Valor CRP 4240 del 16/07/2024 CONTRATO INICIAL		$ 10.500.000,00
VALOR TOTAL		$ 10.500.000,00
VALOR PAGOS EFECTUADOS:		$ 10.470.000,00
FACTURAS PENDIENTES DE PAGO		
No. FACTURA	**FECHA**	**VALOR**
NA	NA	$ 0,00
TOTAL FACTURAS PENDIENTES DE PAGO		**$ 0,00**
VALOR EJECUTADO:		$ 10.470.000,00
SALDO CRP 4240 VIG 2025 958 AL 24/10/2025		$ 30.000,00

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	**GESTIÓN FINANCIERA**	**CÓDIGO: GJ-FR-002**
		Versión: 04
	ACTA DE TERMINACION Y LIQUIDACION POR MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.2024-0429 CELEBRADO ENTRE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE-TOLIMA E.S.E Y CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - COLCAN SAS.	**Vigente desde: 29/05/2025**
		Páginas: 2

VALOR A ANULAR	**$ 30.000,00**

B. ASPECTO LEGAL CONTRATO INICIAL:

Tiene poliza de garantias **SI** **X** **NO** ____

ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SA	**POLIZA No.**	**FECHA DE APROBACION**
	14-44-101214818 / ANEXO: 1	26/07/2024
Tipo de póliza: Cumplimiento	Desde 12/07/2024	Hasta 27/02/2026
Tipo de póliza: Calidad del Bien o servicio	Desde 12/07/2024	Hasta 27/08/2026

ASEGURADORA SEGUROS MUNDIAL SA	**POLIZA No.**	**FECHA DE APROBACION**
	14-40-101066118/ ANEXO: 1	26/07/2024
Tipo de póliza: Responsabilidad Civil Extracontractual	Desde 12/07/2024	Hasta 27/02/2025

CUMPLIMIENTO DEL OBJETO:

Que las certificaciones e informes de supervisoria suscritas por el Profesional Universitario Area de la Salud- Banco de Sangre dan cuenta que se ha cumplido a cabalidad con el objeto del mismo. Que a la fecha de elaboración del acta por mutuo acuerdo del contrato no se le adeuda al contratista. Que con la legalizaciòn de la presenta acta de liquidaciòn por mutuo acuerdo de debe anular el saldo de $30.000.

.

ECUACIÓN CONTRACTUAL:

Las partes declaran que la ecuación contractual surgida al momento de contratar se mantuvo durante la ejecución del contrato objeto de la presente liquidación.

La presente Acta de Terminación y liquidación del contrato, no releva al CONTRATISTA de sus responsabilidades y obligaciones de acuerdo a las normas legales, entre otras la extensión o ampliación de las garantías previstas en el contrato, de conformidad con Estatuto de Contratación del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué-Tolima.

La suscrita Gerente firma la presente acta con fundamento en el informe final de la supervisión,el cual se anexa a esta liquidación

Para constancia, se firma electrónicamente en plataforma SECOP II

La oficina Jurídica Asesora aprueba la presente acta de liquidación con base en la información suministrada en el informe final suscrito por el supervisor

CHUBB

Podrá consultar su póliza de Responsabilidad Civil o Todo Riesgo Construcción firmada digitalmente en www.chubb.com/co opción Servicios en línea.

Chubb Seguros Colombia S.A. (57 601) 326-6200 PBX
Nit 860.026.518-6 (57 601) 319-0300
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7 (57 601) 319-0400
Bogotá D.C. (57 601) 319-0408 Fax
Colombia www.chubb.com/co

Póliza Ant.:

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	01 Poliza Nueva	78812	0	**12007881200000**

Sucursal	Vigencia del Seguro	Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Fecha de Emisión	Año	Mes	Día
03 BOGOTA	**Desde**	2026	05	31	00	**Hasta**	2027	05	30	24		2026	05	26

Tomador CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y **C.C. O NIT** 8000660013
Dirección CLL 49 13 60 **Ciudad** BOGOTA D.C

Asegurado CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y **C.C. O NIT** 8000660013
Dirección CLL 49 13 60 **Ciudad** BOGOTA D.C

Beneficiario TERCEROS AFECTADOS **C.C. O NIT** 11111
Dirección . **Ciudad** .

Intermediario
49009 UIB COLOMBIA S.A.

Información del Riesgo: **La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.**

NUEVO SE EMITE LA PRESENTE PÓLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACIÓN DEL BRÓKER

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del **mes** siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera IIA # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax:(57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima Gravada	137.000.000,00 $COP
Valor Prima No Gravada	0,00 $COP
Valor I.V.A.	26.030.000,00 $COP
Total Prima	**137.000.000,00 $COP**
Gastos de Expedicion	12.000,00 $COP
I.V.A. Gastos Expedicion	2.280,00 $COP
Total Otros Pagos	**14.280,00 $COP**
Total a Pagar	**163.044.280,00 $COP**

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirientes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

CLIENTE TOMADOR Chubb Seguros Colombia S.A.

CHUBB

Referencia de Pago
12007881200000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

Tomador CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y

☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025	☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter	☐ Davivienda Cta Cte 516990066

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web www.chubb.com.co
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

4157709998000629802012007881200000390000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12007881200000(3900)0000000000(96)00000000

QPGMR

ENTIDAD BANCARIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

CHUBB

Referencia de Pago Electrónico
12007881200000

Fecha Límite de pago: 30 de Junio de 2026

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter
- ☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
- ☐ Davivienda Cta Cte 516990066

Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

CLIENTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

CHUBB

Referencia de Pago Electrónico
12007881200000

Fecha Límite de pago: 30 de Junio de 2026

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter
- ☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
- ☐ Davivienda Cta Cte 516990066

Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

0275120078812000000144280006

ENTIDAD BANCARIA

CHUBB

Chubb Seguros Colombia S.A. (57 601) 3266200 PBX
Nit 860.026.518-6 (57 601) 3190300
Carrera 7 No. 71-21 Torre B P7 (57 601) 3190408 Fax
Bogotá D.C. (57 601) 3190400
Colombia www.chubb.com/co

Detalle de Vencimientos

Sección	Póliza	Endoso
12 RESPONSABILIDAD CIVIL	78.812	0

Asegurado
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y

Productor
UIB COLOMBIA S.A.

Nro. Cuota	Vencimiento	Importe	
01	30/06/2026	$	163044280.00

Premio Total en Moneda:	$	163044280.00
Factor de Cambio:		1,0000

CHUBB®

CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

Tomador:	CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ S.A.S Nit: 800.066.001-3
Asegurado:	CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ S.A.S Nit: 800.066.001-3
Vigencia:	31 de mayo del 2026 a las 00:00 horas hasta el 30 de mayo del 2026 a las 24:00 horas.
Interes:	Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitacion Territorial:	Colombia
Jurisdicción:	Colombia
Modalidad de Cobertura:	Claims Made
Retroactividad:	31 de mayo del 2026 Fecha de retroactividad para la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual PLO: 31 de mayo del 2026
Fecha De Antiguedad:	31 de mayo del 2026

Condiciones Economicas

Limite de Responsabilidad	Deducible Por reclamo	Prima Anual Antes de Iva
Cop $3.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual	Gastos legales:10% del valor de la perdida mínimo COP $10.000.000 por reclamo Daños:10% del valor de la perdida mínimo COP $30.000.000 por reclamo	COP$ 137.000.000 **+ Gastos de emision (COP 12.000)**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLI Identificado con NI 8000660013

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Corriente, radicado(a) en la oficina BE EM 862 BOG GE, con las siguientes características:

Cuenta Corriente

Número:	21002469626
Fecha de apertura:	29 de Septiembre de 2005
Condiciones de uso:	Alternativa, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIENINTERESE, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 03 de Agosto de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

CHUBB®

CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

Cobertura Basica

- COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

  POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

  LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

  LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugias reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%
Cobertura de responsabilidad civil extracontractual PLO	100%

EXCLUSIONES ADICIONALES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

- RECLAMOS PRESENTADAS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE:

  EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS,** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE.**

  PARA PROPÓSITOS DE ESTE ENDOSO, **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE** HACE REFERENCIA A:

  1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
  2) NEUMONÍA ATÍPICA O CUALQUIER CEPA DE LA MISMA;

  LOS DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA PERMANECEN SIN CAMBIOS.

- Se modifica la exclusión 3.27. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS** y en su lugar se reemplaza por la siguiente:

  EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

  3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

  ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

- EXCLUSIÓN OFAC:

  ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

  TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

Condiciones Adicionales

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997

- Fecha de retroactividad: Los **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 31 de mayo del 2026.

  Fecha de retroactividad para la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual PLO: 31 de mayo del 2026.

- Fecha de **Reconocimiento de antigüedad:** 31 de mayo del 2026.

- PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES de acuerdo a lo estipulado en la condición 8 del Clausulado General: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB®

CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

- COBERTURA PARA GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA CON UN SUBLIITE DE $50.000.000 POR RECLAMO Y EN EL AGREGADO ANUAL

Fecha de retroactividad: 31 de mayo del 2026.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA EN LOS QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA QUE SE PRESENTE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

LO ANTERIOR SIEMPRE Y CUANDO:

a. LA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA TENGA LUGAR EN EL TERRITORIO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA.

b. LA DECISIÓN DE EVACUACIÓN ESTÉ DEBIDAMENTE SUSTENTADA POR EL ASEGURADO.

c. SE INFORME AL ASEGURADOR DE LA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LLEVÓ A CABO LA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA.

d. SE PROPORCIONE AL ASEGURADOR UNA PRUEBA SATISFACTORIA DE QUE EL ASEGURADO INCURRIÓ Y PAGÓ DICHOS GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA; Y

e. EL ASEGURADO TOMA TODAS LAS MEDIDAS RAZONABLES PARA EVITAR UNA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA Y PARA MITIGAR LOS GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA.

NO SE PAGARÁ NINGÚN GASTO DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA QUE SURJA, RESULTE DE O SEA ATRIBUIBLE A:

1. UN SIMULACRO DE EVACUACIÓN PLANIFICADO;
2. LA EVACUACIÓN DE PACIENTES DEBIDO A SUS CONDICIONES MÉDICAS;
3. EL TRASLADO O ALTA DE PACIENTES O EN GENERAL LOS TRÁMITES DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA;
4. REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN O CUALQUIER OTRA CONTAMINACIÓN RADIACTIVA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA;
5. GUERRA;
6. FUERZA O ACCIÓN MILITAR; O
7. UNA HUELGA.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTA COBERTURA APLICA COMO SUBLIMITE DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE ESTE MÓDULO Y NO SE CONSIDERA EN ADICIÓN AL MISMO.

SI ALGÚN GASTO DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA CUBIERTO POR ESTE MÓDULO TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTO POR OTRO SEGURO VÁLIDO DISPONIBLE PARA EL ASEGURADO O COBERTURA SIMILAR EN CUALQUIER SEGURO ENTONCES ESTA COBERTURA OPERARÁ EN EXCESO DE DICHO OTRO SEGURO O COBERTURA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se incluye en la sección de Definiciones las definiciones de:

Gastos de Evacuación de Emergencia significa los honorarios, costos y gastos razonables y necesarios en los que incurra el Asegurado como resultado directo de una "evacuación de emergencia" de sus pacientes, incluidos los costos asociados con el transporte y la reubicación de sus pacientes. Los "gastos de evacuación de emergencia" no incluirán ningún salario, beneficio, gasto, remuneración o gastos generales de ningún empleado del asegurado.

Evacuación de emergencia significa una evacuación de sus pacientes de sus instalaciones en función de una determinación suya debidamente sustentada de que un evento o una condición en dichas instalaciones pone a sus pacientes en peligro inminente de daño o pérdida de vida. Una "evacuación de emergencia" tiene lugar al comienzo del proceso de evacuación.

El valor asegurado de esta cobertura hace parte del sublímite de la cobertura de responsabilidad civil de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Si algún Gastos de Evacuación de Emergencia está cubierto por este endoso, también está cubierto por otro seguro válido disponible para el Asegurado o cobertura similar como parte de otro aseguro, entonces la cobertura provista por este endoso excederá a dicho otro seguro.

Referencia-Contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integridad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envio de pacientes o elementos de ayuda diagnostica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnostica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnostica.

DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA PERMANECEN SIN CAMBIO.

- COBERTURA PARA GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN CON UN SUBLIMITE DE $50.000.000 POR RECLAMO Y EN EL AGREGADO ANUAL

Fecha de retroactividad: 31 de mayo del 2026.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR, LOS GASTOS PREVIAMENTE APROBADOS POR EL ASEGURADOR, QUE SURJAN DE LA CONTRATACIÓN DE UNA FIRMA DE ABOGADOS PARA SU DEFENSA, UN CONSULTOR O UNA FIRMA ESPECIALIZADA EN GESTIÓN DE IMAGEN, PUBLICIDAD Y RELACIONES PÚBLICAS, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, CON EL PROPÓSITO DE REPARAR LA IMAGEN DEL ASEGURADO QUE SE HAYA VISTO AFECTADA COMO CONSECUENCIA DE UNA RECLAMACIÓN PRESENTADA, POR PRIMERA VEZ, EN CONTRA DEL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO CUBIERTO BAJO ESTE MÓDULO.

LO ANTERIOR SIEMPRE Y CUANDO:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LOS GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN TENGAN LUGAR EN EL TERRITORIO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA.

SE PROPORCIONE AL ASEGURADOR UNA PRUEBA SATISFACTORIA DE QUE EL ASEGURADO INCURRIRÁ Y PAGARÁ DICHOS GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN; Y

EL ASEGURADO TOMA TODAS LAS MEDIDAS RAZONABLES PARA EVITAR AFECTAR LA IMAGEN DEL ASEGURADO Y MITIGAR LOS GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN.

SE ENTIENDE QUE HA EXISTIDO UNA AFECTACIÓN A LA IMAGEN DEL ASEGURADO CUANDO SE PUBLICA INFORMACIÓN POR CUALQUIER MEDIO IDÓNEO PARA LLEGAR A UN NÚMERO SIGNIFICATIVO DE PERSONAS, EN LA QUE SE ATRIBUYE AL ASEGURADO LA VIOLACIÓN DE NORMAS LEGALES, ÉTICAS O DE LA LEX ARTIS, O LA COMISIÓN DE UN DELITO, COMO CONSECUENCIA DE UN SUPUESTO ACTO MÉDICO ERRÓNEO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTA COBERTURA APLICA COMO SUBLIMITE DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE ESTE MÓDULO Y NO SE CONSIDERA EN ADICIÓN AL MISMO.

SI ALGÚN GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN CUBIERTO POR ESTE MÓDULO TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTO POR OTRO SEGURO VÁLIDO DISPONIBLE PARA EL ASEGURADO O COBERTURA SIMILAR EN CUALQUIER SEGURO ENTONCES ESTA COBERTURA OPERARÁ EN EXCESO DE DICHO OTRO SEGURO O COBERTURA.

- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones de cobertura deberán ser acordadas por escrito con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza.
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 18/11/2025-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I

Participación CHUBB:	100% de la anterior Suma Asegurada y prima
Términos de Pago de Prima:	Cláusula de pago de prima 30 días calendario.

Nota 1:

Chubb Seguros Colombia es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb Seguros Colombia está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB®

CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Contacto

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit. 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21, Torre B Piso 7
A.A. 29782
571 326-6200 Tels
Bogotá D.C., Colombia

ANEXO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (PLO)

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO

MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE ESTE ANEXO Y DE APARECER COMO TAL AMPARADO EN LA CARÁTULA DE LA **PÓLIZA**, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO POR LAS PARTES QUE SE CUBREN LAS RECLAMACIONES QUE SE PRODUZCAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO DERIVADA DE LOS DAÑOS A BIENES Y TERCEROS Y/O LESIONES O MUERTE A PERSONAS CAUSADOS POR HECHOS ACCIDENTALES, SÚBITOS, REPENTINOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES A ÉL, ÚNICAMENTE POR:

1. LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS, EN LOS QUE EL **ASEGURADO** DESARROLLA Y REALIZA LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL **ASEGURADO** EN DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL EN LAS INSTALACIONES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA.

3. LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE AMPARAR LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES, QUE EL **ASEGURADO** SE VEA OBLIGADO A PAGAR CON OCASIÓN DE UN SINIESTRO CUBIERTO BAJO LA MISMA.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

LA PRESENTE COBERTURA SE LE APLICA LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

a. TODA CLASE DE EVENTOS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
b. DAÑOS PUNITIVOS O EJEMPLARIZANTES
c. PERJUICIOS MERAMENTE PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE LESIONES O MUERTE A PERSONAS O DAÑO MATERIAL CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
d. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO** EN VIRTUD DE CONTRATOS. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.
e. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.
f. LA INOBSERVANCIA O LA VIOLACIÓN DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
g. MULTAS O SANCIONES PENALES O ADMINISTRATIVAS.
h. DAÑOS GENÉTICOS A PERSONAS O ANIMALES.
i. TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE GUERRA, GUERRA CIVIL, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO O PODER EXTRANJERO U HOSTILIDADES O ACCIONES BÉLICAS (EXISTA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), REBELIÓN, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, LEVANTAMIENTO MILITAR, NAVAL O AÉREO, GOLPE DE ESTADO O USURPACIÓN DE PODER, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, MANIFESTACIÓN PÚBLICA, ALBOROTOS POPULARES, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO O SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES O

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CUALQUIER OTRO ACTO, CIRCUNSTANCIA O ESTADO DE COSAS AFINES O INHERENTES A LAS ANTEDICHAS CAUSAS O DERIVADAS DE ELLAS.

j. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS, O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O A CUYA EXISTENCIA O CREACIÓN HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE LAS SUSODICHAS CAUSAS, A SABER: A. LA ACCIÓN DE ENERGÍA ATÓMICA, B. RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTIÓN DE MATERIAL NUCLEAR Y C. LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES.
k. DAÑOS OCASIONADOS A LOS BIENES DEL ASEGURADO O A LAS PERSONAS Y/O BIENES DE LOS ADMINISTRADORES O TRABAJADORES A SU SERVICIO.
l. DAÑOS MATERIALES A AQUELLA ESPECÍFICA PARTE DE UNA PROPIEDAD, EN LA QUE EL ASEGURADO, SUS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS, TRABAJANDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE A NOMBRE DEL ASEGURADO, ESTÉN EFECTUANDO OPERACIONES, SI EL DAÑO MATERIAL PROVIENE DE DICHAS OPERACIONES.
m. HURTO, FALSIFICACIÓN, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACIÓN INDEBIDA DE BIENES DE TERCEROS.
n. DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARÍTIMAS O FLUVIALES, DURANTE OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.
o. OPERACIONES DE AERÓDROMOS, AEROPUERTOS, PUERTOS, HELIPUERTOS Y LAS OPERACIONES QUE EL ASEGURADO REALICE EN ESA CLASE DE INSTALACIONES.
p. DOLO, CULPA GRAVE O ACTOS MERAMENTE POTESTATIVOS DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
q. LA CONDENA, GASTOS Y/O COSTOS DEL PROCESO, CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑÍA.
r. DAÑOS AL MEDIO AMBIENTE Y AL ECOSISTEMA.
s. POR CONTAMINACIÓN DE CUALQUIER NATURALEZA
t. CUALESQUIER COSTO O GASTO QUE SE DERIVE O DE ALGUNA MANERA ESTÉ RELACIONADO CON ALGUNA INSTRUCCIÓN, DEMANDA, ORDEN O PETICIÓN GUBERNAMENTAL.
u. COSTOS, GASTOS U OBLIGACIONES PROVENIENTES DE, O DE CUALQUIER FORMA RELACIONADAS CON LA PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A ASBESTOS, O A PRODUCTOS Y/O MATERIALES QUE CONTENGAN ASBESTOS.
v. OPERACIONES DE CORTE O SOLDADURA QUE UTILICEN MANGANESO.
w. EXPOSICIÓN A SÍLICE, O A PRODUCTOS Y/O MATERIALES QUE CONTENGAN SÍLICE, YA SEA QUE DICHA PRESENCIA SEA POR EXPOSICIÓN REAL, ALEGADA O AMENAZANTE.
x. PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A MOHO, HONGOS, ESPORAS, O CUALESQUIER ORGANISMO SIMILAR.
y. PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A P.C.B'S (BIFENILES POLICRORADOS), PLOMO, LÁTEX, MTBE (ETER METIL TERT-BUTILICO), PFOA (ÁCIDO PERFLUOROCTACNICO) O CUALESQUIER SUSTANCIA SIMILAR.

CONDICION TERCERA – CONDICIONES ESPECIALES

Para que exista obligación por parte de la Compañía para pagar los daños extrapatrimoniales objeto de la presente cobertura, se requiere que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

1. Que haya sido dictaminado por un juez.

2. Que haya sido objeto de un acuerdo entre el Asegurado y el afectado, en el que haya participado la Compañía.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Cra 7 No.71-21 Torre B Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(571) 319 0300
F +(571) 319 0408

CHUBB

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS
18/11/2025-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I
16/04/2025-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo con el texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL.**

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLIMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE.

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECIFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O CONMOCIÓN CIVIL, LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESIÓN, ESTRAGO O INTERRUPCIÓN O COMISIÓN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONÓMICOS, ÉTNICOS, NACIONALISTAS, POLÍTICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDOPERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS **DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.**

3.28. CIRUGÍAS BARIÁTRICAS.

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS SALVO AQUELLAS CIRUGÍAS QUE SEAN CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O QUE TENGAN PERTINENCIA MÉDICA POR SALUD.

3.29. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.30. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD

CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.32. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.33. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.34. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.35. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.36. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO**, **DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.37 DAÑOS NO COMPRENDE

A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.

B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.

C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,

D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.38 CONDUCTA SEXUAL

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS Y GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños**, **Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales,** sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovistoo de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Período Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Período Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.

II. Las fechas y personas involucradas;

III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;

IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

Reclamación, el **Asegurador** podrá reclamar al Asegurado **los** daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** distribuirán dicho **Daño** y **Gastos Legales** en la misma proporción en la que se distribuya la responsabilidad legal de las partes.

Cualquier distribución o anticipo de **Gastos Legales** en relación con una **Reclamación** no creará presunción alguna respecto a la distribución de otro **Daño** originado por dicha **Reclamación**.

Si **Asegurado** y **Asegurador** no lograren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** suministrará los **Gastos Legales** que considere razonablemente cubiertos bajo la póliza hasta que se acuerde o se determine una distribución diferente. Una vez acordada o determinada la distribución de **Gastos Legales**, estos serán aplicados de manera retroactiva a todos las **Gastos Legales** ya incurridos en relación con dicha **Reclamación**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como "no renovación" y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones,se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier Reclamación **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último Periodo Contractual, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado , enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;

- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

Asegurado deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada (o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta pólizaa de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado

a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.

b. Daños punitivos y ejemplarizantes.

c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,

d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

a. Una violación de la seguridad de la red

b. Uso no autorizado de una red informática

c. Un virus de Computadora

d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

26. OTRAS CONDICIONES:

I. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

En caso de ser necesario de conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el tomador se obliga con CHUBB a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de ésta.

II. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de CHUBB, la ciudad de Bogotá.

III. DEFENSOR AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

A continuación se encuentra mayor información del Defensor al Consumidor Financiero de Chubb, ingresando a https://www.chubb.com/co-es/sobre-chubb-colombia/defensor-del-consumidor-financiero.html

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

El suscrito Revisor Fiscal, del **CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVÁEZ S.A.S. (COLCAN S.A.S)** con NIT **800.066.001 - 3**, se permite certificar que **COLCAN S.A.S.** Ha realizado el día cuatro (04) de Agosto de 2026 los pagos correspondientes al mes de Julio del año 2026 a las Entidades de riesgos profesionales, pensiones y aporte a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje Sena, así mismo los aportes correspondientes al mes de Agosto de 2026 a las Entidades promotoras de Salud EPS, encontrándose a paz y salvo con el pago de estos conceptos de los últimos seis (6) meses, lo anterior dando cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Las anteriores afirmaciones anteriores se realizan bajo gravedad de juramento.

La presente certificación se expide el día cuatro (04) del mes de Agosto del 2026, a solicitud de **CLIENTES POTENCIALES Y CLIENTES ACTUALES.**

LEIDYS SOFIA CASTRO OVIEDO
T.P. No. 168.175-T
Revisor Fiscal
Miembro de ASTAF auditores y consultores contables S.A.S.

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800066001	3	CENTRO MEDICO OFTAL Y LAB CLINIC ANDRADE NARVAEZ COLCAN S.A.S.	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPÀL	CALLE 49 13-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	537856974	9508982978	E	2026/08/04	2026/08/04	BANCOLOMBIA	0	$912,702,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				1,119	$548,785,700	$0	$0	$548,785,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	80	$41,539,800	$0	$0	$41,539,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	217	$141,071,700	$0	$0	$141,071,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	591	$257,743,800	$0	$0	$257,743,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	224	$105,018,900	$0	$0	$105,018,900
SKANDIA	230901	800,253,055	2	7	$3,411,500	$0	$0	$3,411,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1,125	$84,665,300	$0	$0	$84,665,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1,125	$84,665,300	$0	$0	$84,665,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 25)				1,124	$133,660,600	$0	$0	$133,660,600
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	3	$231,900	$0	$0	$231,900
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	13	$1,252,700	$0	$0	$1,252,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	11	$954,100	$0	$0	$954,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	895	$111,143,900	$0	$0	$111,143,900
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	21	$1,593,600	$0	$0	$1,593,600
COMFACA	CCF13	891,190,047	2	1	$70,100	$0	$0	$70,100
COMFACASANARE	CCF69	844,003,392	8	3	$376,700	$0	$0	$376,700
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	4	$264,000	$0	$0	$264,000
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	6	$696,000	$0	$0	$696,000
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	7	$698,600	$0	$0	$698,600
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	33	$3,677,700	$0	$0	$3,677,700
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	13	$1,499,700	$0	$0	$1,499,700
COMFAMILIAR GUAJIRA	CCF30	892,115,006	5	3	$231,800	$0	$0	$231,800
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	6	$504,900	$0	$0	$504,900
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	5	$439,700	$0	$0	$439,700
COMFAMILIAR PUTUMAYO	CCF63	891,200,337	8	1	$70,100	$0	$0	$70,100
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891,480,000	1	8	$722,100	$0	$0	$722,100
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	42	$4,388,600	$0	$0	$4,388,600
COMFAORIENTE	CCF36	890,500,675	6	8	$903,700	$0	$0	$903,700
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	5	$422,200	$0	$0	$422,200
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	15	$1,473,200	$0	$0	$1,473,200
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	1	$163,600	$0	$0	$163,600
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	11	$977,500	$0	$0	$977,500
COMFIAR	CCF67	800,219,488	4	2	$140,200	$0	$0	$140,200
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	7	$764,000	$0	$0	$764,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 21)				1,125	$142,107,400	$0	$0	$142,107,400
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	1	$70,100	$0	$0	$70,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	15	$2,022,100	$0	$0	$2,022,100
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	2	$140,200	$0	$0	$140,200
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	9	$605,000	$0	$0	$605,000
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	2	$140,200	$0	$0	$140,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	197	$25,680,200	$0	$0	$25,680,200
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	2	$192,300	$0	$0	$192,300
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	4	$285,200	$0	$0	$285,200

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800066001	3	CENTRO MEDICO OFTAL Y LAB CLINIC ANDRADE NARVAEZ COLCAN S.A.S.	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPÀL	CALLE 49 13-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	537856974	9508982978	E	2026/08/04	2026/08/04	BANCOLOMBIA	0	$912,702,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$177,800	$0	$0	$177,800
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	1	$76,200	$0	$0	$76,200
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	5	$424,800	$0	$0	$424,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	114	$20,401,500	$0	$0	$20,401,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	123	$11,780,500	$0	$0	$11,780,500
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$82,000	$0	$0	$82,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	5	$431,100	$0	$0	$431,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	82	$10,763,700	$0	$0	$10,763,700
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	10	$981,800	$0	$0	$981,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	7	$514,700	$0	$0	$514,700
SALUD MIA EPS	EPS046	900,914,254	1	1	$76,200	$0	$0	$76,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	174	$17,238,800	$0	$0	$17,238,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	369	$50,023,000	$0	$0	$50,023,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$2,090,200	$0	$0	$2,090,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	3	$2,090,200	$0	$0	$2,090,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$1,393,500	$0	$0	$1,393,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	3	$1,393,500	$0	$0	$1,393,500
TOTAL				**1125**	**$912,702,700**	**$0**	**$0**	**$912,702,700**

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

168175-T



LEIDYS SOFIA
CASTRO OVIEDO
C.C. 1018424038
RESOLUCION INSCRIPCION 207 FECHA 19/07/2012
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

PRESIDENTE

DANIEL SARMIENTO PAVAS 178380

FIRMA DEL TITULAR

95625

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

logoformas 3363 03/2012


REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.018.424.038
CASTRO OVIEDO
APELLIDOS
LEIDYS SOFIA
NOMBRES
Leidys S. Castro O.
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1989
VALENCIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
12-ABR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-1500150-00140629-F-1018424038-20081221
0008520449A 1
1150048372

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7EE210BD49C9BA91

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LEIDYS SOFIA CASTRO OVIEDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1018424038 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 168175-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *