



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Adoptado mediante circular 0076 de 02 de noviembre de 2007

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo.  
Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.4.0

## Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

|     |     |             |      |       |       |       |       |     |     |             |      |
|-----|-----|-------------|------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-------------|------|
| 76  | 001 | 08077       | 01   | 2010  | 12    | 13    | 02438 | 76  | 001 | 08077       | 01   |
| Dep | Mun | Consecutivo | Sede | (Año) | (Mes) | (Día) |       | Dep | Mun | Consecutivo | Sede |

|       |       |       |       |       |       |                    |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| (Año) | (Mes) | (Día) | (Año) | (Mes) | (Día) | S. D. S. del Valle |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|

## 8. Clase de Prestador

Instituciones - IPS

## 9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS

FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES

|                         |            |        |                     |
|-------------------------|------------|--------|---------------------|
| 10. Tipo Identificación | 11. Número | 12. DV | 13. Tipo de Persona |
| Nit                     | 900242742  | 1      | JURIDICO            |

## 14. Naturaleza Jurídica

Privada

## 15. Sitio Web

## Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS

|                  |               |                                         |
|------------------|---------------|-----------------------------------------|
| 16. Departamento | 17. Municipio | 18. Dirección                           |
| Valle del cauca  | CALI          | CRA 46 N 9C 85                          |
| 19. Teléfono     | 20. Fax       | 21. Correo Electrónico                  |
| 4850285          | 4850285       | clinicacolombiaes@clinicacolombiaes.com |

## Representante Legal

|                         |                      |                          |                    |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|
| 22. Primer Apellido     | 23. Segundo Apellido | 24. Primer Nombre        | 25. Segundo Nombre |
| CORDON                  | ASTROZ               | LIBARDO                  |                    |
| 26. Tipo Identificación | 27. Número           | 28. Forma de Vinculación |                    |
| CC                      | 14233294             |                          |                    |

## Prestadores Públicos

|                          |                       |                           |
|--------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 29. Carácter Territorial | 30. Nivel de Atención | 31. Empresa Social Estado |
|                          |                       |                           |
| 32. Acto de Constitución | 33. Número de Acto    | 34. Fecha de Acto         |
|                          |                       |                           |

## Prestadores Privados y Mixtos

|                          |                          |                   |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 35. Acto de Constitución | 36. Número de Acto       | 37. Fecha de Acto |
| Matricula Mercantil      | 0002539                  | 20080903          |
| 38. Entidad que Expide   | 39. Ciudad de Expedición |                   |
| NOTARIA 33               | BOGOTA                   |                   |

## Prestadores Indígenas

Acto de Constitución

|                        |                          |                        |
|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 41. Número de Acto     | 42. Fecha de Acto        | 43. Entidad que Expide |
|                        |                          |                        |
| 38. Entidad que Expide | 39. Ciudad de Expedición |                        |
|                        |                          |                        |

|                  |               |                    |                        |
|------------------|---------------|--------------------|------------------------|
| 44. Departamento | 45. Municipio | 46. Centro Poblado | 47. Es Sede Principal? |
| Valle del cauca  | CALI          | SANTIAGO DE CALI   | SI                     |

## 48. Nombre de la Sede

CLINICA COLOMBIA ES

|          |            |                |
|----------|------------|----------------|
| 49. Zona | 50. Barrio | 51. Dirección  |
| URBANA   | CAMBULOS   | CRA 46 N 9C 85 |

|              |         |                                         |
|--------------|---------|-----------------------------------------|
| 52. Teléfono | 53. Fax | 54. Correo Electrónico                  |
| 4850285      | 4850285 | clinicacolombiaes@clinicacolombiaes.com |

## 55. Nombre del Director, Gerente o Responsable

JUAN DE DIOS VILLEGAS PEREA

## 56. Horario de atención

|         |         |         |           |         |
|---------|---------|---------|-----------|---------|
| Domingo | Lunes   | Martes  | Miércoles | Jueves  |
| 00 a 24 | 00 a 24 | 00 a 24 | 00 a 24   | 00 a 24 |
| Viernes | Sábado  |         |           |         |

| 00 a 24                                         | 00 a 24                           |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----|----|--------------|----|-------------|-------|------|
| <b>Camas</b>                                    |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 57. Pediátricas                                 | 58. Adultos                       | 59. Obstetricia                  | 60. Cuidado Intermedio Neonatal |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
|                                                 | 58                                |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 61. Cuidado Intensivo Neonatal                  | 62. Cuidado Intermedio Pediátrico | 63. Cuidado Intensivo Pediátrico |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 25                                              |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 64. Cuidado Intermedio Adulto                   | 65. Cuidado Intensivo Adulto      | 66. Quemados Adultos             |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 9                                               | 9                                 |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 67. Quemados Pediátricos                        | 68. Farmacodependencia            | 69. Salud Mental Psiquiatría     |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
|                                                 |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 70. Cuidado Agudo Mental                        | 71. Cuidado Intermedio Mental     |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
|                                                 |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| <b>Salas</b>                                    |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 72. Salas de Quirófano                          | 73. Salas de Partos               |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 2                                               |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| <b>Ambulancias</b>                              |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| 74. Tipo                                        | 75. Modalidad                     | 76. Placa o Matricula            | 77. Año Modelo                  | 78. Número Tarjeta de Propiedad |    |    |              |    |             |       |      |
|                                                 |                                   |                                  |                                 |                                 |    |    |              |    |             |       |      |
| Grupo                                           | Servicio                          | Modalidad                        |                                 |                                 |    |    |              |    | Complejidad |       |      |
|                                                 |                                   | Intramural                       |                                 | Extramural                      |    |    | Telemedicina |    | Baja        | Media | Alta |
| Ambu                                            | Hosp                              | Móvil                            | Domic                           | Otras                           | CR | IR |              |    |             |       |      |
| Hospitalario                                    | 101. GENERAL ADULTOS              |                                  | SI                              |                                 |    |    | NO           | NO | NO          | SI    | SI   |
| Hospitalario                                    | 107. CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS   |                                  | SI                              |                                 |    |    | NO           | NO |             | SI    |      |
| Hospitalario                                    | 108. CUIDADO INTENSIVO NEONATAL   |                                  | SI                              |                                 |    |    | NO           | NO |             |       | SI   |
| Hospitalario                                    | 110. CUIDADO INTENSIVO ADULTOS    |                                  | SI                              |                                 |    |    | NO           | NO |             |       | SI   |
| Quirúrgico                                      | 203. CIRUGIA GENERAL              | SI                               | SI                              |                                 |    |    |              |    | NO          | SI    |      |
| Quirúrgico                                      | 204. CIRUGIA GINECOLOGICA         | SI                               | SI                              |                                 |    |    |              |    |             | SI    | SI   |
| Quirúrgico                                      | 217. CIRUGIA ABDOMINAL            | SI                               | SI                              |                                 |    |    |              |    |             | SI    | SI   |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 709. ONCOLOGÍA CLÍNICA            | SI                               | SI                              |                                 |    |    | NO           | NO |             | NO    | SI   |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 719. ULTRASONIDO                  | SI                               | SI                              |                                 |    |    | NO           | NO |             | SI    |      |

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA O COMO PROFESIONAL INDEPENDIENTE, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

*Jio - L*

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No Identificación 14.233294

|                                                                                                                          | Prestador                           | Entidad Territorial                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Presenta PAMEC (Para IPS)                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Presenta Autoevaluación                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Certificación del revisor fiscal o contador según aplique                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fotocopia del NIT                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS  
CICERO GARCÍA  
UNIDAD DE PUBLICACIONES

97541-T

MARILUZ  
GUZMAN  
C.C. 28788214  
RESOLUCION 258 FECHA 2003/12/11  
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA



PRESENTE

187305

GUILLERMO LÓPEZ AGUIRRE

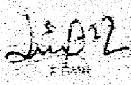
FINA DEL TITULO

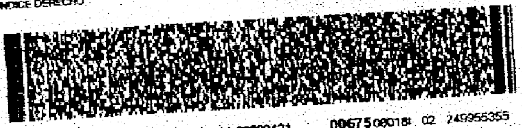
017026

Este es el único documento que lo acredite como  
AUTOR PUBLICO de acuerdo con la legislación  
vigente de 1990

Reservados a quien encuentre esta tarjeta devuélvala  
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de  
Escuelas



REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CÉDULA DE CIUDADANIA  
 14.233.294  
 NUMERO  
 CORDON ASTROZ  
 APELLIDOS  
 LIBARDO  
 NOMBRE  
  
  
 F. FIANE

  
 INDICE DERECHO  
 FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1958  
 LA UVITA  
 (BOYACA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
 1.73 O+ M  
 ESTATURA C.S. RH SEXO  
 05-FEB-1979 IBAGUE  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
  
 A 1500130-70167821-M-0014233294-20080121 0067508018 02 740956359

20100679156  
80RUE1209203

20101209-101709

Pag.1

REPUBLICA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION

EL SUSCRITO SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : FABILU LTDA

N.I.T. : 900242742-1, REGIMEN COMUN

DOMICILIO : BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

MATRICULA NO: 01837150 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2008

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CR 78 NO. 7 B 33

MUNICIPIO : BOGOTA D.C.

EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : administrador@ceditltda.com

DIRECCION COMERCIAL : CR 78 NO. 7 B 33

MUNICIPIO : BOGOTA D.C.

EMAIL COMERCIAL : administrador@ceditltda.com

CERTIFICA:

CONSTITUCION : QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0002539 DE NOTARIA 33 DE BOGOTA D.C. DEL 3 DE SEPTIEMBRE DE 2008 , INSCRITA EL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2008 BAJO EL NUMERO 01242462 DEL LIBRO IX, SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD COMERCIAL DENOMINADA: FABILU LTDA

CERTIFICA:

VIGENCIA: QUE LA SOCIEDAD NO SE HALLA DISUELTA. DURACION HASTA EL 3 DE SEPTIEMBRE DE 2028 .

CERTIFICA:

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO SOCIAL LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: A) LA, PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION Y GRADO DE COMPLEJIDAD DEFINIDO POR LAS ENTIDADES COMPETENTES DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE 1.993 EN LOS SIGUIENTES CAMPOS DE APLICACION: MEDICINA GENERA Y ESPECIALIZADA, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, MEDICINA INTERNA, MEDICINA NUCLEAR, PEDIATRIA, ODONTOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO. B HACIENDO USO DE LOS RECURSOS TECNICOS Y EQUIPOS MEDICOS NECESARIOS PARA LA PRACTICA DE EXAMENES Y DE RADIOLOGIA, ANATOMOPATOLOGICOS, NEUMALOGIA, CARDIOLOGIA, HEMODINAMICA, ECOGRAFIAS, VASCULARES NO INVASIVOS, DOPPLER, RESONANCIA MAGNETICA, ONCOLOGIA, PSIQUIATRIA Y TERAPEUTICA. C ) SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS, Y AMBULATORIOS, ESTANCIA PACIENTE CRONICO SOMATICO, UNIDAD DE TRANSPLANTE, UNIDAD MEDICO ESPECIALIZADA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y CUIDADO INTERMEDIO, UNIDAD DE QUEMADOS E INTER CONSULTA. D) INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN LA ESPECIALIDAD DE UROLOGIA, NEFROLOGIA NEUROCIRUGIA, OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, CARDIOVASCULARES DEL TORAX, ABDOMINALES, PROCTOLOGIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRETICIA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA DE MANO, CIRUGIA PLASTICA, CIRUGIA ORAL, MAXILOFACIAL, DENTAL Y CIRUGIA GENERAL. E ) ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA COMO HIGIENE INDUSTRIAL, SALUD OCUPACIONAL, TRABAJO SOCIAL, SALUD ORAL Y NUTRICION. F ) COMPRA Y VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS MEDICAMENTOS, COSMETICOS, Y PERFUMERIA, ARTICULOS DE ASEO PERSONAL, PRODUCTOS NATURISTAS, MISCELANEOS Y VARIOS. PODRA IMPORTAR O ADQUIRIR DENTRO DEL PAIS, PARA SU VENTA, EXPLOTACION MEDICAS Y ETICA DE EQUIPOS MEDICOS, SUMINISTROS Y HOSPITALARIOS Y

ELEMENTOS PARA CIRUGIA. Y EN GENERAL LA SOCIEDAD PODRA CELEBRAR DE TODOS LOS ACTOS O CONTRATOS CIVILES, COMERCIALES O INDUSTRIALES SOBRE LOS BIENES MUEBLES O INMUEBLES EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL. PARA EL DESARROLLO DE ESTE OBJETO SOCIAL DE SOCIEDAD PODRA: A) CELEBRAR CONTRATOS DE SOCIEDAD, TOMAR INTERES A PARTICIPACION DE SOCIEDADES CIVILES Y COMERCIALES QUE TENGAN UN OBJETO SIMILAR AUXILIAR O COMPLEMENTARIOS AL SUYO. B ) ADQUIRIR EQUIPOS PARA LLEVAR A CABO LOS FINES DE LA EMPRESA YA SEA DENTRO DEL PAIS O IMPORTARLOS. C) ADQUIRIR, ENAJENAR, DAR O TOMAR EN ARRENDAMIENTO O EN OPCION DE COMPRA, GRAVAR EN CUALQUIER FORMA (MUEBLES ), BIENES INMUEBLES O PIGNORAR BIENES MUEBLES MERCANTILES, TOMAR O DAR EN MUTUO DINERO CON O SIN GARANTIA DE LOS BIENES SOCIALES Y EFECTUAR TODA CLASE DE OPERACIONES CON ENTIDADES BANCARIAS O DE CREDITO. D ) GIRAR, ENDOSAR, DESCONTAR, PROTESTAR, CEDER, ACEPTAR, COBRAR, AVALUAR, CANCELAR, DAR Y RECIBIR LETRAS DE CAMBIO, PAGARES, CHEQUES Y CUALQUIER OTRO INSTRUMENTO NEGOCIABLE, CELEBRAR CONTRATOS COMERCIALES EN TODAS SUS FORMAS Y EN GENERAL, TODOS LOS ACTOS Y OPERACIONES CIVILES O DE COMERCIO QUE SEAN NECESARIOS PARA EL LOGRO DE LOS FINES QUE LA SOCIEDAD PERSIGUE Y QUE EN FORMA DIRECTA ESTEN RELACIONADOS CON EL OBJETO SOCIAL TAL COMO QUEDA EXPRESADO EN EL PRESENTE ARTICULO.

CERTIFICA:

CAPITAL Y SOCIOS : \$ 50,000,000.00 DIVIDIDO EN 50.00 CUOTAS CON VALOR NOMINAL DE \$ 1,000,000.00 CADA UNA, DISTRIBUIDO ASI :

- SOCIOS CAPITALISTA(S)

CORDON TORRES LUISA FERNANDA R.C. 00015945234

NO. CUOTAS: 25.00 VALOR:\$25,000,000.00

CORDON TORRES FAVIAN ALEJANDRO C.C. 00080218397

NO. CUOTAS: 25.00 VALOR:\$25,000,000.00

TOTALES

NO. CUOTAS: 50.00 VALOR :\$50,000,000.00

CERTIFICA:

REPRESENTACION LEGAL: EL USO DE LA NOMINACION SOCIAL ESTARA A CARGO DEL GERENTE O DEL SUBGERENTE, QUIEN LO REEMPLAZARA EN SUS FALTAS ABSOLUTAS, TEMPORALES O ACCIDENTALES.

CERTIFICA:

\*\* NOMBRAMIENTOS : \*\*

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0002539 DE NOTARIA 33 DE BOGOTA D.C. DEL 3 DE SEPTIEMBRE DE 2008 , INSCRITA EL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2008 BAJO EL NUMERO 01242462 DEL LIBRO IX , FUE(ON) NOMBRADO(S) :

| NOMBRE                         | IDENTIFICACION  |
|--------------------------------|-----------------|
| GERENTE                        |                 |
| CORDON ASTROZ LIBARDO          | C.C.00014233294 |
| SUBGERENTE                     |                 |
| CORDON TORRES FAVIAN ALEJANDRO | C.C.00080218397 |

CERTIFICA:

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EL GERENTE SERA EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD Y EJERCERA LAS SIGUIENTES FUNCIONES: A) COMPARECER A LA RESPECTIVA NOTARIA A ACEPTAR EN NOMBRE DA SOCIEDAD Y/O DE LOS SOCIOS, LA CESION DE TRASPASO DE LOS INTERESES SOCIALES A FAVOR DE EXTRANOS O DE SOCIOS O DE CONFORMIDAD CON ESTOS ESTATUTOS, ASI COMO LEGALIZAR LAS DEMAS DECISIONES DE LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS QUE REQUIERAN ESCRITURA PUBLICA. B) PRESENTAR EL INFORME ANUAL SOBRE EL ESTADO GENERAL DE LOS NEGOCIOS Y LA SITUACION DE LA COMPANIA Y EL BALANCE GENERAL DE LAS OPERACIONES SOCIALES A LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS EN SUS REUNIONES ORDINARIAS. C ) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE

AUTORIDADES O FUNCIONARIOS JUDICIALES, ADMINISTRATIVOS O POLICIVOS EN QUE DEBE INTERVENIR ACTIVA O PASIVAMENTE; OTORGAR PODERES ESPECIALES. D) REPRESENTAR, COMPROMETER Y OBRAR A NOMBRE DE LA SOCIEDAD. E) ADOPTAR TODAS LAS DECISIONES QUE TIENDAN A ASEGURAR A PROSPERIDAD DE LA EMPRESA, SIEMPRE QUE NO CORRESPONDAN ADOPTARLAS A LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS. F ) CELEBRAR CONTRATOS SIN LIMITE DE CUANTIA.

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS DE REGISTRO AQUI CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME CINCO (5) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCION, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS EN LA VIA GUBERNATIVA.

\* \* \* EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE \* \* \*  
\* \* \* FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO \* \* \*

INFORMACION COMPLEMENTARIA

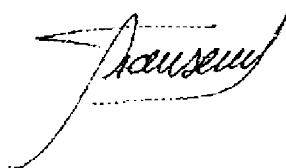
LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE PLANEACION DISTRITAL SON INFORMATIVOS  
FECHA DE ENVIO DE INFORMACION A PLANEACION DISTRITAL : 18 DE MAYO DE 2010

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 CONSTITUCION 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](http://www.supersociedades.gov.co) PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,  
VALOR : \$ 7,200

DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA AUTORIZACION IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996, LA FIRMA MECANICA QUE APARECE A CONTINUACION TIENE PLENA VALIDEZ PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES



REPUBLICA DE COLOMBIA  
CERTIFICADO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO  
EL SUSCRITO SECRETARIO DE LACAMARA DE COMERCIO DE CALI

CERTIFICA

NOMBRE ESTABLECIMIENTO : CLINICA COLOMBIA E S  
DOMICILIO : CALI VALLE  
MATRICULA MERCANTIL NRO: 802975 - 2 FECHA DE MATRICULA:08 DE OCTUBRE DE 2010  
DIRECCION COMERCIAL : CRA. 46 NRO. 9C 85  
DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL : CRA. 46 NRO. 9C 85 CIUDAD :CALI

ACTIVIDAD COMERCIAL :

VENTA DE SERVICIOS DE SALUD EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION HOSPITALARIA

CERTIFICA

TOTAL ACTIVOS: \$100,000,000

CERTIFICA

NOMBRE DEL PROPIETARIO: FABILU LTDA  
NIT.:900242742 - 1  
DOMICILIO : BOGOTA DISTRITO CAPITAL

CERTIFICA

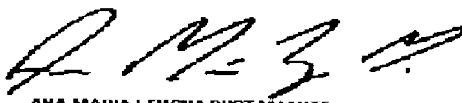
QUE NO FIGURAN OTRAS INSCRIPCIONES QUE MODIFIQUEN TOTAL O PARCIALMENTE EL PRESENTE CERTIFICADO.  
LOS ACTOS Y DOCUMENTOS REGISTRADOS QUEDAN EN FIRME CINCO (5) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE SU INSCRIPCION, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE DICHO TERMINO NO SEAN OBJETO DE RECURSOS EN LA VIA GUBERNATIVA.

DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1.995 Y LA AUTORIZACION IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA FIRMA MECANICA QUE APARECE A CONTINUACION TIENE PLENA VALIDEZ PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES.  
DADO EN CALI A LOS 09 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010 HORA: 10:14:54

CERTIFICA

QUE HACIENDA CALI FUE INFORMADO(A) EL 15 DE OCTUBRE DE 2010 DE LA APERTURA DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.  
QUE CAMARA DE COMERCIO DE CALI FUE INFORMADO(A) EL 15 DE OCTUBRE DE 2010 DE LA APERTURA DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

EL SECRETARIO

  
ANA MARIA LENGUA BUSTAMANTE





Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14136873201



(415)7707212489984(8020) 0000014136873201

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 2 4 2 7 4 2 - 1  
6. DTV 1  
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá  
14. Buzón electrónico 3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica  
25. Tipo de documento: 1  
26. Número de identificación:  
27. Fecha expedición:  
Lugar de expedición 28. País: 29. Departamento: 30. Ciudad/Municipio:  
31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres  
En social:  
35. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección  
CR 78 7 B 33

42. Correo electrónico: administrador@ceditltda.com  
43. Apartado aéreo  
44. Teléfono 1: 4 2 4 1 4 1 8  
45. Teléfono 2: 3 1 0 2 1 4 8 0 7 9

CLASIFICACION

Actividad económica  
Actividad principal 46. Código: 8 5 1 2 47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 8 0 9 1 6  
Actividad secundaria 48. Código: 8 5 1 1 49. Fecha inicio actividad: 2 0 0 8 0 9 1 6  
Otras actividades 50. Código: 5 2 3 1  
Ocupación 51. Código:  
52. Número establecimientos: 1

Responsabilidades

53. Código: 5 7 1 4 9 1 1

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario  
07- Retención en la fuente a título de renta  
14- Informante de exogena  
09- Retención en la fuente en el impuesto sobre las v  
11- Ventas régimen común

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☒ NO ☐

60. No. de folios: 4

61. Fecha: 2 0 1 0 1 0 1 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: PALOMEQUE GARCIA DOLLY CLARISA

985. Cargo: Gestor III