

SEÑORES

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

REFERENCIA: SUBSANO REQUISITOS

REFERENCIA EXPEDIENTE: N° SD2025/0016199

DORIAN ALBERTO CARDONA RODRIGUEZ, quien a su vez actúa en calidad de apoderado de la sociedad KAIROS SALUD SAS, quien es representada legalmente por la señora **KATERINE ANDREA RUEDA RAMIREZ**, mediante el presente escrito subsano los requisitos solicitados por su despacho para continuar con el tramite del registro de marca:

PRIMER PUNTO

Respecto a este punto se aporta poder debidamente otorgado, en razón quien confiere poder es la sociedad KAIROS SALUD SAS, representada legalmente por la señora KATERINE ANDREA RUEDA RAMIREZ, por lo tanto se deja claro que la solicitud se realiza a nombre de la sociedad KAIROS SALUD IPS.

SEGUNDO PUNTO

Se le indica a la entidad, que la solicitante es la firma sociedad KAIROS SALUD SAS, allegamos poder debidamente conferido por la entidad.

TERCER PUNTO

Respecto al tercer punto, manifiesta la entidad que renunciamos a los colores panton descritos en el formulario, anexamos el logo en blanco y negro.

CUARTO PUNTO

Anexamos certificación donde se describe somos una mediana empresa, por lo tanto les solicitamos nos exonere del pago de la suma \$359.000.

SUSCRIBE,

DORIAN ALBERTO CARDONA RODRIGUEZ.

C.C 1.020.409.413

T.P. 176.781

SEÑORES

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

REF: OTORGAMIENTO DE PODER.

KATERYNE ANDREA RUEDA RAMÍREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.152.436.283, actuando en mi calidad de representante legal de la firma KAIROS SALUD SAS, identificada con el Nit. 90053900-0, mediante el presente escrito manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al abogado **DORIAN ALBERTO CARDONA RODRÍGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.020.409.413 y portador de la tarjeta profesional No. 176781 C.S.J., a fin que inicie y lleve hasta su culminación trámite administrativo de registro de marca y consulta de antecedentes marcario.

Mi apoderado esta facultado para recibir, desistir, transigir, solicitar contraseña, registrar datos, autorizar a terceros, firmar formularios, demás facultades de ley.

OTORGA,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kateryne Rueda', with a large circular flourish and a horizontal line extending to the right.

KATERYNE ANDREA RUEDA RAMÍREZ

C.C. 1.152.436.283

CERTIFICADO DE CLASIFICACIÓN COMO MIPYME – SECTOR SALUD

La suscrita, **Mariela María Ríos Ávila**, identificado con cédula de ciudadanía No. 34.998.369 de Montería – Córdoba, y tarjeta profesional No. 43709-T expedida por la Junta Central de Contadores, en mi calidad de Revisor Fiscal de la empresa **KAIROS SALUD SAS**, Identificada con NIT 900.539.500-0, me permito

CERTIFICAR QUE:

1. De acuerdo con los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2024, la empresa cumple con los criterios establecidos en el **Artículo 2.2.1.13.2.2 del Decreto 1074 de 2015**, modificado por el **Decreto 957 de 2019**, para ser clasificada como una **Mediana Empresa (MIPYME)**.
2. La clasificación se determina con base en los ingresos anuales por actividades ordinarias, así:
 - Ingresos anuales: \$12.739.299.910,00
 - Categoría: Mediana Empresa
3. La empresa desarrolla actividades económicas en el **sector salud**, conforme a su objeto social inscrito en el certificado de existencia y representación legal, y acorde con el Registro Único Tributario (RUT).
4. Esta certificación se expide para los fines que el interesado estime convenientes y en cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente en Colombia sobre el reconocimiento de las MIPYMES, en especial el **Decreto 957 de 2019**, la **Ley 590 de 2000**, y demás normas concordantes.

Se firma en Medellín – Antioquia, a los veintiséis (26) días del mes de mayo del 2025.

Atentamente,

**MARIELA MARÍA RÍOS ÁVILA**

Revisora Fiscal

T.P No. 43709-T

Designada por la firma GAG SAS.

