DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA — República de Colombia

**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 | ASOCIACION DE HOSPITALES Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL VALLE DEL CAUCA | | |
| SIGLA | ASOHOSVAL | NIT No. | 821.002.486-3 |

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 :

CLASE [1] [2] (VER AL RESPALDO)

| | | | |
|---|---|---|---|
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO | VALLE DEL CAUCA |
| MUNICIPIO | CALI | DIRECCIÓN | AVENIDA VASQUEZ COBO NO. 26N 18 |
| TELÉFONOS | 302 2297790 - 312 7743828 | FAX | APARTADO AÉREO |

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | APORTAR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALLECAUCANA | 2 | DESARROLLAR ACTIVDADES DE CONSULTORIA EN SALUD EN LAS DIFERENTES ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS QUE LO REQUIERAN. |
| 3 | CAPACITACION EN PROCESOS RELACIONADOS CON EDUCACION NO FORMAL Y EDUCACION VORMAL | 4 | PLANEACION Y ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD, DISEÑO DE AYUDAS. |
| 5 | APOYAR EL DESARROLLO DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS | 6 | CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LA SALUD DE LOS ASOCIADOS |

## 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 PSIQUIATRICO DEL VALLE DEL CAUCA | X | | | | $ 260.000.000 |
| HOSPITAL SANTA MARGARITA E.S.E | X | | | | $ 4.800.000 |
| HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI | X | | | | $ 34.800.000 |
| | | | | | |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO: VIAFARA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): TORRES | NOMBRES: LIGIA ELVIRA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO: 31.901.383 | ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ] | 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 |

## 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 DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA |