



Departamento  
Administrativo  
de la Función  
Pública

FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
PERSONA JURÍDICA

ENTIDAD RECEPTORA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)  
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN **Mebi Metrología Biomedica SA**

SIGLA **MEBI**

NIT No. **900222350**

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:



DPTL

DIST.

MPL

OTRO

¿CUÁL?

TIPO



(VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

CLASE

**11**

(VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA PAÍS **Colombia**

DEPARTAMENTO **Antioquia**

MUNICIPIO **Medellín**

DIRECCIÓN **Calle 9 B sur #25-15B**

TELÉFONOS **4443511**

FAX

APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 **Calibración de Equipos Médicos**

2

3

4

5

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              |
|---------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Colsanitas</b>                     |     | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>(1) 5895486</b> | <b>Vigente</b>    | <b>102.000.000</b> |
| <b>Centro policlínico del Olaya</b>   |     | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>3014849302</b>  | <b>Vigente</b>    | <b>48.988.730</b>  |
| <b>Salud Total EPS SA</b>             |     | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>(1) 4473232</b> | <b>Vigente</b>    | <b>108.332.600</b> |
| <b>Virrey Solís IPS SA</b>            |     | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>(1) 4800818</b> | <b>Vigente</b>    | <b>141.472.463</b> |
| <b>Unidad Médica y de diagnóstico</b> |     | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>(1) 7565636</b> | <b>2019</b>       | <b>180.307.162</b> |

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO

ACTÚA EN CARÁCTER DE:

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN

C.C. ☒

C.E. ☐

PASAPORTE ☐

**43182704**

Representante Legal ☒

Apoderado ☐

\$

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE:

SI ☐

NO ☒

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

CONTRATANTE

FORMA FUHVPJ001