Libertad y Orden

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

ENTIDAD RECEPTORA

INFORMACIÓN PRINCIPAL

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: Centro de Salud de Fosca E.S.E. NIT: 832007272-7

SIGLA:

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA DETERMINE ORDEN: ORDEN: NAL [ ] DPTAL [ ] DIST [ ] MPAL [X] OTRO [ ] CUAL: 072 16

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA: PAÍS Colombia DEPARTAMENTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Fosca DIRECCIÓN: Carrera 1 # 3-05

TELÉFONOS: 3166907776 FAX:

DESCRIPCIÓN

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE LA ENTIDAD O SOCIEDAD:

1. Consulta Externa
2. Urgencias
3. Odontología
4. TAB
5. Vacunación
6. Farmacia

EXPERIENCIA EN CONTRATACIÓN ESTATAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO CON ENTIDADES PÚBLICAS

ENTIDAD CONTRATANTE	FUB	PRIV	TELEFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
Nueva EPS Capitado		X		01-03-2025	$289.974.000
EPS Famisanar Capitado		X		01-04-2025	$589.795.449
EPS Famisanar Evento		X		15-07-2025	$24.966.520
Nueva EPS Evento		X		01-12-2024	$25.480.800
Municipio de Fosca	X			21-12-2024	$27.820.000

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: Leon SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez NOMBRE: Oscar Daniel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] PASAPORTE [ ] No.: 80.542.012 FIRMA: X

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO: [ ] [X]

CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD EN EL ORDEN CONSTITUCIONAL, LEGAL O REGLAMENTARIO PARA CELEBRAR LOS CONTRATOS:

OBSERVACIONES:

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTA HOJA DE VIDA ES VERÍDICA Y AUTORIZO SU VERIFICACIÓN.

FIRMA: X FECHA: 21/05/2024

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA HOJA DE VIDA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONFRONTADA CON LA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA ENTIDAD

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE: FECHA: