Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCION 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: Centro de Salud de Fosca E.S.E.

SIGLA:

NIT No: 832007272 - 7

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PUBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:

ORDEN: NAL [ ] DPTL [ ] DIST [ ] MPO [X] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: 07 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

CLASE: 16 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: Colombia | DEPARTAMENTO: Cundinamarca.

MUNICIPIO: Fosca | DIRECCIÓN: Carrera 1 # 3-05

TELÉFONOS: 3166907776 | FAX: | APARTADO AÉREO:

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

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

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ULTIMO

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
Nueva EPS. Capitado		X		01-03-2025	$289'974.000
EPS Famisanar Capitado		X		01-04-2025	$588.795.449
EPS Famisanar Evento		X		15-07-2025	$24.966.520
Nueva EPS Evento		X		01-12-2024	$25.480.800
Municipio de Fosca	X			31-12-2024.	$27.820.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: Leon | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Rodriguez | NOMBRES: Oscar Daniel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C [X] C.E [ ] PASAPORTE [ ]

NUMERO: 80.542 012

ACTUA EN CARACTER DE: Representante Legal [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: 1

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: X. _____ FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 21/05/2024.

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