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	SOLUCIONES AMBIENTALES SAN S.A.S BIC
SIGLA	NIT No. 901.087.504-2

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

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

TIPO: 0 8 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: 1 6 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: CAQUETA	
MUNICIPIO: FLORENCIA	DIRECCIÓN: CALLE 17 No. 5-14 B/ SIETE DE AGOSTO		
TELÉFONOS: 3105604290-3228557384	FAX	APARTADO AÉREO	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1	ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE GESTION	2	OTRAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA DE EDIFICIOS E INSTALACIONES INDUSTRIALES
3	OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P.	4	COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS QUIMICOS BASICOS, CAUCHOS Y PLASTICOS EN FORMAS PRIMARIAS Y PRODUCTOS QUIMICOS DE USO AGROPECUARIO
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
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	X		4644101	1/11/2015	3,800,000
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	X		4644101	8/12/2018	5,940,000
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	X		4644101	16/07/2020	13,300,000
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA	X		4366464	24/05/2020	14,400,000
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA	X		4366464	31/08/2020	47,000,000
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA	X		4366464	31/12/2020	37,800,000

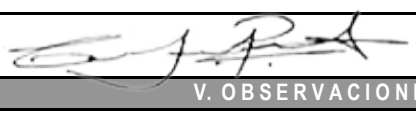
IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: PARRA	SEGUNDO APELLIDO: ARENAS	NOMBRES: CARLOS JAVIER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	NÚMERO: 16.186.864	ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ]	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 180,000,000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE CAUSALES DE INHABILIDAD O LAS 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: 09/10/2024

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: CARLOS JAVIER PARRA ARENAS	CIUDAD Y FECHA: FLORENCIA - CAQUETA