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	BIOSISTEMAS INGENIERIA MEDICA SAS
SIGLA	NIT No. 800.208.795 - 3
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :	PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

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

TIPO: [ ][ ] (VER AL RESPALDO)

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

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS COLOMBIA	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.	DIRECCIÓN	AUTO NORTE 195-64 LOCAL 42 C.C. FULL HOUSE
TELÉFONOS	7434300	FAX 7434300	APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 VENTA EQUIPO BIOMEDICO	2 VENTA ACCESORIOS Y REPUESTOS PARA EQUIPO BIOMEDICO
3 ALQUILER EQUIPO BIOMEDICO	4 CALIBRACION EQUIPO BIOMEDICO
5 MANTENIMIENTO EQUIPO BIOMEDICO	6 SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, ORTOPEDIA, ETC.

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
SUBRED SUR OCCIDENTE ESE	X		3849160	30-sep-20	$ 1,120,000,000.00
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO	X		6817901	31-dic-19	$ 1,735,054,000.00
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO	X		6817901	31-dic-19	$ 1,123,799,237.00
HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS	X		6505898	31-dic-22	$ 1,445,577,000.00
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENCHE	X		4365007	31-dic-21	$ 1,679,262,000.00

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
SALGADO	AVILAN	EDICKSON IOVANNI

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE :	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN
C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	79,593,151	Representante Legal [X] Apoderado [ ]	$

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 07 OCTUBRE DE 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