República de Colombia
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

**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: I P S O P T I C A L A P L A Z U E L A S A S

SIGLA

NIT No. 9 0 0 3 2 2 2 8 7 - 3

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

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

TIPO: 0 8 (VER AL RESPALDO)

CLASE: 1 1 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA

PAÍS: C O L O M B I A

DEPARTAMENTO: A N T I O Q U I A

MUNICIPIO: M E D E L L I N

DIRECCIÓN: C R A 4 7 # 4 9 - 6 9

TELÉFONOS: 4034670

FAX

APARTADO AÉREO

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | COMERCIO DE LENTES Y MONTURAS | 2 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CONSULTA DE OPTOMETRÍA |
| 3 | BRIGADAS EXTRAMURALES EN SALUD VISUAL | 4 | PRESTACION DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN |
| 5 | CHARLAS Y ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD VISUAL | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE MEDELIN | X | | 4444144 | JUNIO DE 2012 | 1,183,228,062 |
| HOSPITAL DE CHIGORODO | X | | 8253648 | JUNIO DE 2011 | 143,000,000 |
| HOSPITAL DE MURINDO | X | | 8575094 | JUNIO DE 2011 | 75,3000,000 |
| EPS-S COMFAMA | | X | 2516155 | MARZO DE 2012 | 600,000,000 |
| MUNICIPIO DE MEDELLIN | X | | 4444144 | DIC2010 | 430,000,000 |
| ALCALDIA DE LA ESTRELLA | X | | 5 407444 | ABRL 2018 | 189,786,000 |
| MUNICIPIO DE MEDELLIN | X | | 4444144 | MARZO DE 2015 | 2,380,820,534 |
| EPS SAVIA SALUD | X | | 4444144 | DIC 2021 | 850,000,000 |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

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

NÚMERO: 8 4 0 6 8 6 9

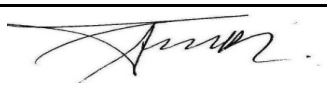
ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $

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 12/04/2025

## 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