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: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR.,CUNDINAMARCA**

SIGLA

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:

NIT No. **860 024 030- 5**

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

TIPO: [ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

CLASE: [ ] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS **COLOMBIA** | DEPARTAMENTO **CUNDINAMARCA**

MUNICIPIO **PUERTO SALGAR.** | DIRECCIÓN **CALLE 14 N° 2-91 B/ ALTO BUENOS AIRES.**

TELÉFONOS **314 461 2882 - 318 734 4804** | FAX | APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

ACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 **VENTA DE SERVICIOS DE SALUD.**	2
3	4
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
SALUD TOTAL CAPITADO		X		31/10/2024	INDETERMINADO
UD TOTAL EVENTO		X		01/12/2025	INDETERMINADO
NUEVA EPS EVENTO SUBSIDIADO		X		31/12/2025	90.729.128
NUEVA EPS EVENTO CONTRIBUTIVO		X		31/12/2025	$277.487.724
FOMAG		X		31/12/2025	$17.486.919
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº1		X		31/12/2025	$10.500.000

PRIMER APELLIDO **MURCIA** | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) **GUANA** | NOMBRES **DERLY LISETH**

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

NÚMERO **1.014.184.629**

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

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN $

ACTUANDO EN CALIDAD DE RERESENTANTE 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: _____

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 **MAYO- 14- 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

CONTRATANTE