



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 AYGPHARMA SAS			
SIGLA AYGPHARMA SAS		NIT No. 900.080.835-1	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :		PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA,	
ORDEN X NAL. DPTL. DIST. MPL OTRO ¿CUÁL? _____	TIPO <div>08</div> (VER AL RESPALDO)	CLASE <div>16</div> (VER AL RESPALDO)	
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS COLOMBIA	DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C	
MUNICIPIO BOGOTÁ D.C	DIRECCIÓN CARRERA 101 B No 23 D 18		
TELÉFONOS 736 34 27	FAX N/A	APARTADO AÉREO 110911	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD	
1 SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	2 SUMINISTRO DE SETS DE EQUIPOS DESCARTABLES PARA BOMBAS
3 SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS	4 SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA ASEPSIA Y DESINFECCIÓN
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	VALOR
ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ	X		726 19 19	01/11/2024	\$ 400.000.000
				01/10/2024	\$ 78.000.000
				11/01/2024	\$ 240.000.000
				11/01/2024	\$ 3.000.000
				12/01/2024	\$ 268.800.000
				11/01/2024	\$ 2.310.000.000
				12/01/2024	\$ 268.800.000
DAVITA		X	294 14 00	08/03/2023	\$ 585.889.253
				16/03/2020	\$ 1.126.049.842
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD		X	560 05 20	31/01/2023	\$ 1.102.262.571
				28/02/2021	\$ 792.431.643
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	X		407 70 75	27/02/2024	\$ 601.616.080
				06/02/2024	\$ 563.625.780
				18/05/2023	\$ 163.516.549
				18/05/2023	\$ 21.395.335

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO BUSTAMANTE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LALINDE	NO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PASAPORTE ☐	NÚMERO 80,009,939	ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal ☒	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN \$

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE ☐ SI ☒ NO 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 24/07/2025
------------	--

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CIUDAD Y FECHA
---------------------------------------	----------------