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. IDENTIFICACION

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: E.S.E REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

| SIGLA | NIT No. 860.024.766-7 |
|---|---|

| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO: | | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE: |
|---|---|---|
| ORDEN: NAL [ ] DPTL [ ] DIST. [X] MPL [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____ | TIPO [ ] (VER AL RESPALDO) | CLASE [ ] (VER AL RESPALDO) |

| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA |
|---|---|---|
| MUNICIPIO CHOCONTA | DIRECCIÓN CARRERA 4 No. 8-12 | |
| TELÉFONOS 8562202- 8562223 -8562986 EXT. 119 | FAX 8561301 - 8562986 EXT 126- 130 | APARTADO AÉREO |

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | |
|---|---|
| 1 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| NUEVA EPS | | X | | PRORROGA AUTOMATICA | INDEFINIDO |
| COOSALUD | | X | | PRORROGA AUTOMATICA | INDEFINIDO |
| COMPENSAR | | X | | PRORROGA AUTOMATICA | INDEFINIDO |
| FAMISANAR | | X | | PRORROGA AUTOMATICA | INDEFINIDO |
| FOMAG | | X | | PRORROGA AUTOMATICA | INDEFINIDO |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| PRIMER APELLIDO MENDEZ | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALVAREZ | NOMBRES LYDA MARISELL |
|---|---|---|

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO | ACTÚA EN CARÁCTER DE: | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN |
|---|---|---|---|
| C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | 1.069.257.178 | Reresentante Legal [X] Apoderado [ ] | $500. S.M.L.V |

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 01-10-2025 |
|---|---|

## 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 CHOCONTA Octubre 01 DE 2025 |
|---|---|
| | |