



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: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E					
SIGLA: SUBRED SUR				NIT No. 900958564-9	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:				PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:	
ORDEN NAL ☐ DPTL ☐ DIST. ☐ MPL ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? ☐ DISTRITAL ☐				TIPO ☐ (VER AL RESPALDO)	
CLASE ☐ 1 ☐ 6 (VER AL RESPALDO)					
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAÍS COLOMBIA		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	
MUNICIPIO BOGOTÁ		DIRECCIÓN CRA 24 C No. 53 -47 SUR			
TELÉFONOS 7300000		FAX		APARTADO AÉREO	
II. SERVICIOS					
RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD					
1 CONSULTA EXTERNA			2 PROMOCION Y DETECCION		
3 URGENCIAS			4 INTERNACION		
5 QUIRURGICA			6 IMÁGENES Y APOYO DIAGNOSTICO		
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
CAPITAL SALUD PAGO X EVENTO Y PYD		X		6017427251	31-03-2025
CAPITAL SALUD POR EVENTO Y PAQUETE		X		6017427251	31-03-2025
CAPITAL SALUD POR PGP Y RUTAS INTEGRALES		X		6017427251	31/03/2025
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		X		6013649090	30/06-2025
IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO					
PRIMER APELLLO: CLAVIJO		SEGUNDO APELLLO (O DE CASADO):		NOMBRES: VIVIANA MARCELA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PASAPORTE ☐		NÚMERO 39.726.429	ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal ☒ Apoderado ☐		CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN \$ SIN LIMITE PARA CONTRATAR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD -ACUERDO 027 DE 2017 - NUMERAL IX"
ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: S ☐ 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 VIVIANA MARCELA CLAVIJO		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/03/2025			
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

FORMA FUHVPJ001