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: **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. [X] DIST. [ ] 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: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO **1.069.257.178** | ACTÚA EN CARÁCTER DE : Reresentante Legal [X] Apoderado [ ] | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN **$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