



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		IBS INGENIERIA BIOMEDICA S.A.S	
SIGLA		NIT No. 900387525-0	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :		PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :	
ORDEN NAL. ☐ DPTL. ☐ DIST. ☐ MPL. ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? _____		TIPO ☐ ☐ (VER AL RESPALDO)	
CLASE		☐ 1 ☐ 3 (VER AL RESPALDO)	
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		VALLE DEL CAUCA	
MUNICIPIO		CARTAGO	
DIRECCIÓN		CALLE 13 #1-22N LOCAL 4 B/ EL PRADO	
TELÉFONOS		2136006-3154098529	
FAX		APARTADO AÉREO	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD	
1	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS
2	COMERCIO AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA
3	COMERCIO AL POR MAYOR DE OTROS PRODUCTOS
4	ALQUILER Y ARRENDAMIENTO DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA.EQUIPO Y BIENES
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
1.					
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E	X		3134870668	31/12/2025	\$ 23.400.000
IPS MUNICIPAL DE CARTAGO E.S.E	X		2109336	31/12/2025	\$ 35.000.000
HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E	X		2053111	31/12/2025	\$ 13.276.248
HOSPITAL DEPARTAMENTALTOMAS URIBE URIBE E.S.E	X		2317333	4/12/2025	\$ 26.466.000
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS	X		3176551029	31/12/2025	\$ 37.920.000
HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E	X		3138918347	31/12/2025	\$ 9.067.800
HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS	X		3128351746	31/12/2025	\$ 28.740.000
HOSPITAL PIO XII	X		2068154	31/12/2025	\$ 12.000.000
4.					
IPS MUNICIPAL DE CARTAGO E.S.E	X		2109336	31/12/2025	\$ 70.000.000
3.					

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO	FRANCO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	ARENAS	NOMBRES	ALEXANDER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE :		CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN	
C.C. ☒ C.E. ☐ PASAPORTE ☐	94,394,135	Representante Legal ☒ Apoderado ☐		\$	

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	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DICIEMBRE 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