Libertad y Orden

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 **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**

SIGLA

NIT No. **891480036-6**

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO : **04**

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL [ ] DIST. [ ] MPL [X] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO [ ] (VER AL RESPALDO)

CLASE [ ] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA

PAÍS **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO **RISARALDA**

MUNICIPIO **SANTA ROSA DE CABAL**

DIRECCIÓN **CARRERA 14 ENTRE CALLES 29 Y 30**

TELÉFONOS 3155345663

FAX

APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 HOSPITALIZACION ADULTOS	2 HOSPITALIZACION PEDIATRICA
3 ENFERMERIA	4 GINECOBSTETRICIA
5 MEDICINA GENERAL	6 MEDICINA INTERNA
7 NUTRICION Y DIETETICA	8 ODONTOLOGIA GENERAL
9 PEDIATRIA	10 TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO
11 PSICOLOGIA	12 VACUNACION
13 LABORATORIO CLINICO	14 SERVICIOFARMACEUTICO
15 TERAPIA RESPIRATORIA	16FISIOTERAPIA
17 DIAGNOSTICO VASCULAR	18 IMAGENESDIAGNOSTICASIONIZANTES
19 IMAGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES	20 RADIOLOGIAODONTOLOGICA
21 TOMADE MUESTRASDECUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	22 ATENCIONDEL PARTO
23 URGENCIAS	24TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

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
ASMET SALUD EPS	X		3205819688	31/12/2026	965,670,183
NUEVA EPS	X		4193000	19/11/2026	964,806,032
SALUD TOTAL EPS	X		3139900	01/05/2026	600,000,000
SOS	X		4898686	28/02/2026	172,000,000
FAMISANAR	X		6727500	14/11/2026	99,746,200
POLICIA		X	3164770	28/02/2026	110,000,000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO **MONTOYA**

SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) **VELASQUEZ**

NOMBRES **JOHN FREDY**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO **9,763,425**

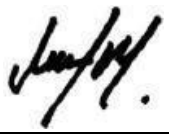
ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Lega [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN $

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
	**13 DE ENERO DE 2026**

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
JOHN FREDY MONTOYA VELASQUEZ **GERENTE**	**13 DE ENERO DE 2026**