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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADOS HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS PENSILVANIA CALDAS
SIGLA	NIT No. 890.801.719 - 3
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :	PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

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

TIPO: [0 4] (VER AL RESPALDO)

CLASE: [1 6] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS COLOMBIA	DEPARTAMENTO CALDAS	
MUNICIPIO PENSILVANIA	DIRECCIÓN AVENIDA LA SALLE		
TELÉFONOS 8 555 175	FAX 8555529	APARTADO AÉREO	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1	ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	2	SERVICIO DE LABORATORIO
3	ATENCION DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	4	EJECUCION DE ACTIVIDADES PLAN INTERVENCIONES COLECTIVAS
5	ATENCION ODONTOLOGICA	6	ATENCION EN PROMOCION Y PREVENCION

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
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	X			10/12/2025	174.711.568
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	X			30/11/2024	106.650.523
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	X			23/03/2023	134.418.000
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	X			15/11/2022	85.483.633
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	X			30/10/2021	59.229.523
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	X			10/12/2021	20.040.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO PITRE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASA MONTERO	NOMBRES EDINSON RAFAEL	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	NÚMERO 85.549.037	ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [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 9/01/2026
EDINSON RAFAEL PITRE MONTERO GERENTE	

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 CAMILO RAMIREZ SALAZAR SUBDIRECTOR JURIDICO	CIUDAD Y FECHA MANIZALES, ENERO 18 DE 2026