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: Empresa Social del estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

SIGLA: Empresa social del estado Hospital Geriatrico y Ancianato San Miguel — NIT No. 890303448-6

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

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

TIPO: [0][4] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE [ ][ ] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA — PAÍS: Colombia — DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

MUNICIPIO: Santiago de Cali — DIRECCIÓN: Cra 70 # 2A - 04, B/Buenos Aires

TELÉFONOS: 57 3235215514 — FAX: 57 3182076 — APARTADO AÉREO

Gerencia@sanmiguel.gov.co / Ventanillaunica@sanmiguel.gov.co

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 Residencia Permanente (Albergue)	2 Servicio Centro Día
3 Servicio Centro Vida	4 Consulta Médica
5 Fisioterapia	6 Geriatría y Gerontología

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
Sec. de Salud Pública de Cali	X		57.554.2514	15 Sept 2025	395.416.130
Sec. de Salud Pública de Cali	X		5755542514	30 Oct 2025	587.745.080
Ministerio de Salud y Protección Social	X		6013305043	30 Sep 2025	1497.000.000
Sec. de Bienestar Social Cali	X		5788896332	30 Dic 2025	13.482.794.950
Sec. de Bienestar Social Cali	X		5788896332	30 Dic 2025	9.687.430.438
Sec. de Salud Pública de Cali	X		57.554.2514	13 Dic 2025	651.581.412

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: Suárez — SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Calle — NOMBRES: Harold Alberto

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

NÚMERO: 16.625.488

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 [ ] 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: 27 de enero del 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