



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA

ENTIDAD RECEPTORA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN MACROMEDICOS SAS			
SIGLA	NIT No. 900294227-0		
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 ☐ (VER AL RESPALDO)			
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			
MUNICIPIO MEDELLIN		DIRECCIÓN CALLE 49AA # 77C - 35	
TELÉFONOS 3233671492		FAX	
APARTADO AÉREO			

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 VENTA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS	2 VENTA DE MATERIAL E INSUMOS ODONTOLOGICOS
3 VENTA DE MATERIAL E INSUMO DE ORTOPEDIA Y OSTEOSINTESIS	4 VENTA DE EQUIPOS BIOMEDICOS
5 VENTA DE EQUIPOS E INSUMOS PARA LABORATORIO	6 VENTA DE MOBILIARIO Y DOTACION PARA CLINICAS Y HOSPITALES

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
ESE HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO	X		82564537	FEBRERO 2026	\$230.000.000
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE ANTIOQUIA	X		8531020	DICIEMBRE 2025	\$70.000.000
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES	X		48414343	MAYO 2025	\$270.000.000
ESE METROSALUD	X		5117505	DICIEMBRE 2024	\$300.000.000
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE ANTIOQUIA	X		8531020	DICIEMBRE 2024	\$800.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO ARROYAVE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPERA	NOMBRES MANUEL JAVIER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PASAPORTE ☐	NÚMERO 1038101289	ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal ☒ Apoderado ☐	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN \$1.000.000.000

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 09/02/2026
-------	---

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
---------------------------------------	----------------

CONTRATANTE

FORMA FUHVPJ001