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	COMERCIALIZADORA CLINICA Y DENTAL SAS	
SIGLA CLINIDEN SAS		NIT No. 900.185.411-2
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:		PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:
ORDEN: NAL. [X] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL [ ] OTRO ¿CUÁL? _____	TIPO: [ ] (VER AL RESPALDO)	CLASE [1] (VER AL RESPALDO)
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS COLOMBIA	DEPARTAMENTO TOLIMA
MUNICIPIO IBAGUE	DIRECCIÓN CALLE 46 # 5ª – 31 PIEDRA PINTADA PARTE ALTA	
TELÉFONOS 2707987 - 3168308102	FAX	APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 comercio productos farmacéuticos	2 comercio productos laboratorio clínico
3 comercio equipos de laboratorio clínico y banco de sangre	4 comercio productos y equipos hospitalarios
5 comercio productos y equipos odontología	6 construcción obras civiles

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
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S. E	X		311 3720735	15/10/2024	$518.817.844
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S. E	X		2460077	14/09/2024	$800.000.000
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR E.S. E	X		2564537	31/10/2024	$1.050.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO RESTREPO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) P A V A	NOMBRES JUDITH PAOLA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	NÚMERO 65.772.434	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 J. Paola Restrepo P.	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12-02-2026

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: Ibagué, Enero de 2024