

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
**PERSONA JURÍDICA**  
**(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)**  
**RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999**  
**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO**

**COBERTURA:** Este Formato Único de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :

- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:**

**I. Identificación:**

En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

**ORDEN:** Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

**TIPO:** Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

| <b>CÓDIGO</b> | <b>TIPO</b>                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------|
| O1            | MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO                |
| O2            | SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL       |
| O3            | ESTABLECIMIENTO PÚBLICO                                 |
| O4            | ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
| O5            | EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO               |
| O6            | SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA                              |
| O8            | OTRO                                                    |

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

| <b>CÓDIGO</b> | <b>CLASE</b>                                       |
|---------------|----------------------------------------------------|
| 11            | SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS |
| 12            | SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO                      |
| 13            | SOCIEDADES CIVILES                                 |
| 14            | ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES                      |
| 15            | SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES)     |
| 16            | OTRA                                               |

**II. Servicios:**

Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

**III. Experiencia y Situación Actual:**

En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

**IV. Representante Legal o Apoderado:**

Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "si" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

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

**I. IDENTIFICACIÓN**

|                                                                                                                                                                               |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN <b>SERMEQS</b>                                                                                                                                    |                                                           |
| SIGLA <b>SQS</b>                                                                                                                                                              | NIT No. <b>900445702 - 7</b>                              |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :                                                                                                                     |                                                           |
| ORDEN<br><input type="checkbox"/> NAL. <input type="checkbox"/> DPTL. <input type="checkbox"/> DIST. <input type="checkbox"/> MPL. <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUÁL? _____ | TIPO<br><input type="text" value="08"/> (VER AL RESPALDO) |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :                                                                                                                            |                                                           |
| CLASE <input type="text" value="11"/> (VER AL RESPALDO)                                                                                                                       |                                                           |
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA                                                                                                                                                | PAÍS <b>COLOMBIA</b>                                      |
| DEPARTAMENTO <b>VALLE DEL CAUCA</b>                                                                                                                                           |                                                           |
| MUNICIPIO <b>CALI</b>                                                                                                                                                         | DIRECCIÓN <b>CARRERA 42 # 5A 67</b>                       |
| TELÉFONOS <b>4863441</b>                                                                                                                                                      | FAX _____                                                 |
| APARTADO AÉREO _____                                                                                                                                                          |                                                           |

**II. SERVICIOS**

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

|                                                   |         |
|---------------------------------------------------|---------|
| 1 <b>COMERCIALIZACION Y ALMACENAMIENTO DE DMI</b> | 2 _____ |
| 3 _____                                           | 4 _____ |
| 5 _____                                           | 6 _____ |

**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 MARIO CORREA RENGIFO | X   |      | 6023180020 | 31 DICIEMBRE 2025 | \$ 300.000.000 |
| HOSPITAL SAN RAFAEL DE ZARZAL | X   |      | 3206996834 | 25 OCTUBRE 2025   | \$ 150.000.000 |
|                               |     |      |            |                   |                |
|                               |     |      |            |                   |                |
|                               |     |      |            |                   |                |

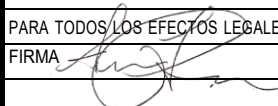
**IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

|                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO <b>PORTILLA</b>                                                                                                          | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <b>CRUZ</b> | NOMBRES <b>ANDREA LORENA</b>                                                                                         |                                                      |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> | NÚMERO<br><b>59684166</b>                  | ACTÚA EN CARÁCTER DE :<br>Representante Legal <input checked="" type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN<br><b>\$ 500 S.M.L.M.V</b> |

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 **10 DE FEBRERO 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 \_\_\_\_\_