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

Departamento Del Valle Del Cauca

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN	**LABCARE DE COLOMBIA SAS**
SIGLA	NIT No. **830.056.202-3**
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :	PARA ENTIDAD O S x

ORDEN: ~~NAC.~~ | DPTL. | DIST. | MPL. | OTRO ¿CUÁL? _____

TIPO: **0 8** (VER AL RESPALDO)

CLASE: **1 6** (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS **COLOMBIA**	DEPARTAMENTO	**CUNDINAMARCA**
MUNICIPIO **COTA**	DIRECCIÓN	**KM 2.5 AUTOPISTA MEDELLIN CENTRO EMPRESARIAL PORTOS SABANA 80 BOD 97 Y 73 VIA PARCELAS**	
TELÉFONOS **8985201/02/03/04/05/06**	FAX **8985208**	APARTADO AÉREO	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 **SUMINISTRO DE CONTROLES DE CALIDAD EXTERNO PARA TODAS LAS AREAS DEL LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE**	2 **SUMINISTRO DE CONTROLES DE CALIDAD INTERNO PARA TODAS LAS AREAS DEL LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE**
3 **SUMINISTRO DE CONSUMIBLES PLASTICOS PARA LABORATORIO CLINICO**	4 **SUMINISTRO DE REACTIVOS PARA TODAS LAS AREAS DEL LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE**
5 **SUMINISTRO DE ANALIZADORES PARA LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE**	6 **SUMINISTRO DE CONTROLES DE CALIDAD EXTERNO PARA LA INDUSTRIA Y PRUEBAS DE DESEMPEÑO, AMBIENTE, SUELOS Y AGUA.**

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 Universitario de la Samaritana	x		4077075	9/12/2022	$ 209.914.639
Nacion - Policia Nacional - Dirección de Sanidad	x		5804400	30/11/2022	$ 2.502.242.021
Fondo financiero distrital de salud	x		311 2077618	7/09/2021	$ 154.909.440

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO **MOLINA**	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) **MORENO**	NOMBRES **GIOVANA AIDA CATALINA**	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	NÚMERO 52.199.433	ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [x] Apoderado [ ]	ORGANIZACIÓN OPERACIONAL COMO PROVEEDOR $ **21828 SSMLV**

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 **25/02/2026**

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 **25/02/2026**