República de Colombia
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	PROMED QUIRURGICOS E.U.		
SIGLA	PROMED QUIRURGICOS	NIT No.	900.026.143 - 2

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

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

TIPO: 0 8 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: 1 1 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS COLOMBIA	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	BOGOTA	DIRECCIÓN	CARRERA 67 N° 43 - 17
TELÉFONOS	6012214599	FAX	6012214599
APARTADO AÉREO	111321		

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 IMPORTACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS MEDICO QUIRÚRGICOS	2 VENTA DE IMPLANTES PARA LA ESPECIALIDAD DE COLUMNA
3 VENTA DE IMPLANTES PARA LA ESPECIALIDAD DE ARTROSCOPIA	4 VENTA DE IMPLANTES PARA LA ESPECIALIDAD DE TRAUMA Y TRAUMATOLOGÍA
5 VENTA DE IMPLANTES PARA LA ESPECIALIDAD DE ARTROPLASTIA	6 VENTA DE IMPLANTES PARA LA ESPECIALIDAD DE MAXILOFACIAL Y MANO

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 SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	X		6028386363	31/12/2021	$ 140.000.000
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	X		6088664452	31/12/2021	$ 750.000.000
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL	X		6015804401	31/12/2021	$ 1.785.793.150
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA	X		6043396555	30/11/2021	$ 180.000.000
FAMISANAR EPS		X	6013078085	31/12/2021	$ 883.248.221

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
AVILA	BAIN	RAFAEL ERNESTO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE :	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN
C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	80.239.914	Representante Legal [X] Apoderado [ ]	ILIMITADO

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 u

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