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

E.S..E HOSPITALSAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE SOCHA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: **EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES - TEMPOLAB S.A.S**

SIGLA **TEMPOLAB S.A.S** | NIT No. **901195663-8**

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO : **DEPARTAMENTAL** | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [X] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____ | TIPO [ ] (VER AL RESPALDO) | CLASE [1 1] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS **COLOMBIA** | DEPARTAMENTO **BOYACÁ**

MUNICIPIO **TUNJA** | DIRECCIÓN **CRA 1G N 47 - 61**

TELÉFONOS **3052922257** | FAX | APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 **7820 – ACTIVIDADES DE EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES**	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
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PAIPA	X		**7850110**	**31-10-2024**	**$ 4.654.696.430**
HOSPITAL REGIONAL MONIQUIRÁ	X		**7282854**	**31-12-2024**	**$ 2.374.970.122**
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	X		**7363226**	**31-12-2024**	**$ 11.410.073.857**
IMPACTA COMERCIALIZADORA		X	**310 6181824**	**31-09-2024**	**$ 391.651.016**
GENSA ESP		X	**320 8545539**	**31-12-2024**	**$ 812.531.236**
COMFABOY		X	**315 3865080**	**31-12-2024**	**$ 698.845.465**

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

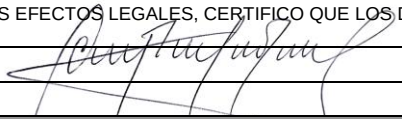
PRIMER APELLIDO NIÑO | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ | NOMBRES CLAUDIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO **40.038.262** | ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ] | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN $ Indeterminado

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 **23/01/2026**

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