



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA

ENTIDAD RECEPTORA

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

I. IDENTIFICACIÓN					
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN <u>Comercializadora MediFlash SAS</u>					
SIGLA				NIT No. <u>901.651.245-9</u>	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:			PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:		
ORDEN <input type="checkbox"/> NAL <input type="checkbox"/> DPTL <input type="checkbox"/> DIST. <input type="checkbox"/> MPL <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUÁL? _____			TIPO <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)		CLASE <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA PAIS <u>Colombia</u>		DEPARTAMENTO <u>Antioquia</u>			
MUNICIPIO <u>Medellin</u>		DIRECCIÓN <u>Cr 78A #34A-06</u>			
TELÉFONOS <u>323 466 50 67</u>		FAX		APARTADO AEREO	
II. SERVICIOS					
RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD					
1 <u>Medicamentos</u>			2 <u>Insufijos Odontológicos</u>		
3 <u>Dispositivos medicos</u>			4 <u>Insufijos de laboratorio</u>		
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
<u>ESE Hospital Hector Abad Gomez</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>8212627</u>	<u>31-12-2026</u>	<u>120.000.000</u>
<u>ESE Hospital Venancio Diaz Diaz (Sabana)</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>2889701</u>	<u>31-06-2026</u>	<u>180.000.000</u>
<u>ESE Hospital Francisco Valderrama</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>8272088</u>	<u>31-12-2026</u>	<u>100.000.000</u>
<u>ESE Hospital San Antonio Boritica</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>8527035</u>	<u>31-12-2026</u>	<u>40.000.000</u>
<u>ESE Hospital Maria Auxiliadora Chigrodo</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>3253648</u>	<u>30-04-2026</u>	<u>40.000.000</u>
IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO					
PRIMER APELLIDO <u>Gonzalez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Marin</u>		NOMBRES <u>Amara</u>		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	NÚMERO <u>49.909.635</u>	ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input checked="" type="checkbox"/>		CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN \$ <u>100%</u>	
ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> 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 <u>Amara G</u>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO <u>14-01-2026</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		

CONTRATANTE

FORMA FUHVPJ001