Libertad y Orden

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 **DEPOSITO DISTRIFARMACOS S.A.S.**

SIGLA

NIT No. **900.778.637-5**

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

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

TIPO: [ ] [ ] (VER AL RESPALDO)

CLASE [1] [6] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS **COLOMBIA** | DEPARTAMENTO **NORTE DE SANTANDER**

MUNICIPIO **OCAÑA** | DIRECCIÓN **CALLE 11 NO. 16ª-75 LOCAL 1 Y 2 EDIFICIO ROMA, BARRIO SAN AGUSTIN**

TELÉFONOS **315 7275070** | FAX | APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 **COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODCUTOS FARMACEUTICOS**	2 **COMERCIO AL POR MENOR DE ELECTRODOMESTICOS Y GASODOMESTICOS**
3 **COMERCIO AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPIOS NCP**	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 SAN ANTONIO-SIMITI	X		**3132581051**	**OCT/29/2023**	**$ 1.652.431.025**
HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE	X		**5654854**	**MAY/22/2023**	**$ 1.300.000.000**
HOSPITAL SAN ANTONIO-SIMITI	X		**3132581051**	**DIC/18/2024**	**$ 1.652.431.025**
HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE	X		**5654854**	**MAR/21/2024**	**$ 1.200.000.000**
HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL	X		**3138723998**	**DIC/26/2025**	**$ 1.618.232.626**

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO **ARIAS** | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) **CASTILLA** | NOMBRES **FABIAN CAMILO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO **1.091.661.485**

ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN $

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 COMPATIBILIDAD 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

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