

-LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE N°9800-



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 HOSPITAL SANTA ANA DE GUACA

I. IDENTIFICACIÓN																				
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN Tecnología Plus SAS																				
SIGLA			NIT No. 901.101.929-6																	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:			PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:																	
<table><tr><td>ORDEN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NAL.</td><td>DP ☒</td><td>MPL.</td><td>DIST.</td><td>OTRO</td><td>¿CUÁL?</td></tr></table> E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE GUACA			ORDEN						NAL.	DP ☒	MPL.	DIST.	OTRO	¿CUÁL?	<table><tr><td>TIPO</td><td></td></tr><tr><td>04</td><td>(VER AL RESPALDO)</td></tr></table>		TIPO		04	(VER AL RESPALDO)
ORDEN																				
NAL.	DP ☒	MPL.	DIST.	OTRO	¿CUÁL?															
TIPO																				
04	(VER AL RESPALDO)																			
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAÍS Colombia																		
		DEPARTAMENTO Cundinamarca																		
MUNICIPIO Bogotá D.C.		DIRECCIÓN - CR 19 #82-85 OF 401 ED COUNTRY OFFICE																		
TELÉFONOS 3203219424		FAX		APARTADO AÉREO																
II. SERVICIOS																				
RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD																				
1 Llamado de enfermería			2. Equipos para organizar filas																	
3. Pantallas receptora de llamado ☐																				
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															
Salud Darien IPS SAS		X	8264050	30-04-2019	10.115.000															
Hospital Regional de Chiquinquirá	X		7261999	23-08-2019	12.364.100															
IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO																				
PRIMER APELLIDO Sevillano	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Lara		NOMBRES Gabriel Enrique																	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE:		CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN																
C.C. ☒ C.E. PASAPORTE	1110462286	Representante Legal ☒ Apoderado		\$ 90'000.000																
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:																	
			09/07/2026																	
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																	

**FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA
(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO**

COBERTURA: Este Formato Único de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

INSTRUCCIONES GENERALES:

Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :

- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

I. Identificación:

En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

ORDEN: Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

TIPO: Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	TIPO
01	MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
02	SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
03	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
04	ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
05	EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO
06	SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA
08	OTRO

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	CLASE
11	SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS
12	SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO
13	SOCIEDADES CIVILES
14	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES
15	SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES)
16	OTRA

II. Servicios:

Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

III. Experiencia y Situación Actual:

En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

IV. Representante Legal o Apoderado:

Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "sí" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.