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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA		
SIGLA	HSRF	NIT No.	899999151-3
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :		PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :	
ORDEN: NAL [ ] DPTL [X] DIST. [ ] MPL [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____	TIPO: [0][4] (VER AL RESPALDO)	CLASE [ ][ ] (VER AL RESPALDO)	
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAIS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	
MUNICIPIO: FACATATIVA	DIRECCIÓN		
TELÉFONOS: # 8901915	FAX	APARTADO AÉREO	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	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
FAMISANAR EPS		X	3078069	INDEFINIDO	
NUEVA EPS		X	4193000	31 DE DICIEMBRE DE 2024	3,840,000,000
SANITAS		X	6466060 EXT 5710551	INDEFINIDO	

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: GONZALEZ	SEGUNDO APELLIDO (O D: CAYCEDO	NOMBRES: ANDRES MAURICIO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	NUMERO: 79623772	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 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 JUNIO DEL 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