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. IDENTIFICACION

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: COOPERATIVA DE ENTIDADES DE SALUD DE CÓRDOBA

SIGLA: COODESCOR | NIT No.: 812.001.561-0

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

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

TIPO: [0][8] (VER AL RESPALDO)

CLASE: [1][2] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: MONTERIA | DIRECCIÓN: CALLE 28A NO 23-03 BARRIO SAN JOSÉ

TELÉFONOS: 3009148075 | FAX: N/A | APARTADO AÉREO: N/A

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.	2
3	4
5	6

III. EXPERIENCIA Y SITUACION ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:

ENTIDAD CONTRATANTE	PÚB.	PRIV.	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LIBERTADOR - CONTRATO No. 004-2024	X		3215234188	04/04/2024	$195.000.000
ESE SAGRADO CORAZON DE JESUS Contrato No. 001-2024	X		7773140	31/12/2024	$1.110.000.000
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LIBERTADOR - CONTRATO No. 037	X		3215234188	31/12/2023	$220.000.000
	X				
	X				

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: MONTES | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): USTA | NOMBRES: MONICA MACIEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO: 52.007.844 | ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal [X] Apoderado [ ] | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 850 (SMLMV)

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 PRESTACION 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: 26-06-2026

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACION 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.007.844**
MONTES USTA

APELLIDOS
MONICA MACIEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-AGO-1970**
CIENAGA DE ORO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00306331-F-0052007844-20110607 0027151207A 1 36728449