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	**SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA SALUD SINDICATO DE INDUSTRIA**		
SIGLA	**SINTRASALUD MEDICA**	NIT No.	**900.956.610 - 0**
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][2] (VER AL RESPALDO)
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS **COLOMBIA**	DEPARTAMENTO	**CAUCA**
MUNICIPIO **POPAYÁN**	DIRECCIÓN	**CARRERA 17#19N-08 B/ CAMPAMENTO**	
TELÉFONOS **602 8339623**	FAX	APARTADO AÉREO	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1	**SERVICIOS ASISTENCIALES DEL SECTOR SALUD**	2	**SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL SECTOR SALUD**
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
ESE OCCIDENTE	**X**		**310 8345071**	**31 DE DICIEMBRE DE 2025**	**$ 222.535.567**
ESE OCCIDENTE	**X**		**310 8345071**	**31 DE DICIEMBRE DE 2025**	**$ 157.577.344**
ESE CENTRO 1	**X**		**602 8250276**	**31 DE DICIEMBRE DE 2025**	**$ 1.260.614.399**
ESE CENTRO 1	**X**		**602 8250276**	**31 DE DICIEMBRE DE 2025**	**$ 1.463.846.100**
ESE NORTE 2	**X**		**602 8258311**	**31 DE DICIEMBRE DE 2025**	**$ 453.600.000**
ESE NORTE 2	**X**		**602 8258311**	**31 DE DICIEMBRE DE 2025**	**$ 2.004.000.000**

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO **BOTINA**	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) **SANDOVAL**	NOMBRES **DIDIER ALFONSO**	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	NÚMERO **10.696.806**	ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ]	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN $ **36.000.000.000**

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 **16 DE DICIEMBRE DE 2025**

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