Docusign Envelope ID: E4E2A402-D5BE-41A1-8B1D-190553EDBF61

# 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 |
|---|---|
| O1 | MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO |
| O2 | SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL |
| O3 | ESTABLECIMIENTO PÚBLICO |
| O4 | ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
| O5 | EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO |
| O6 | SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA |
| O8 | 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 "si" 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.

Docusign Envelope ID: E4E2A402-D5BE-41A1-8B1D-190553EDBF61

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: Messer Colombia SA

SIGLA:

NIT No. 860005114-4

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

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

TIPO: [ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: [ ] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA

PAÍS: Colombia

DEPARTAMENTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN: Avenida carrera 68 # 1-51

TELÉFONOS: (601) 4254550

FAX:

APARTADO AÉREO: NA

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | |
|---|---|
| 1 Producción y venta de gases industriales y medicinales | 2 Prestación de servicios correspondientes a actividades de instituciones prestadora de servicio |
| 3 Apoyo diagnóstico y terapéutico en forma hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria | 4 de salud o similares |
| 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 Juan de Dios Empresa Social del Estado | x | | 251 3100 Ext. 1201 | 01/08/2023 | $117.904.406 |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E | x | | 601 4431790 | 31/11/2022 | $ 1.760.000.000 |
| Ecopetrol | x | | 601 2345000 | 31/12/2023 | $ 7.113.297.174 |
| E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzon | x | | 098 8332441 | 31/12/2021 | $ 389.500.000 |
| Hospital Federico Lleras Acosta de Ibague Tolima E.S.E | x | | 316 8768416 | 31/03/2024 | $789.466.219 |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: Bejarano

SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Quintero

NOMBRES: Pablo Julian

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

NÚMERO: 10026435

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

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 1.000 SMMLV

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: Firmado por: 9997692C5ECC42F...

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 07/01/2026

## 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