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: KCI COLOMBIA S.A.S.

SIGLA: KCI. | NIT No.: 900894722

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: 11 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: Colombia | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá - D.C | DIRECCIÓN: Avenida Carrera 45 108 27 Torre 3 Piso 16

TELÉFONOS: 6015804970 | FAX: | APARTADO AÉREO: N/A

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | |
|---|---|
| 1 4645 - Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador. | 2 4659 - Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E. | X | | (608) 248 2818 | 12/02/2025 | $50.000.000 |
| HOSPITAL UNIV SANTA SOFIA DE CALDAS | X | | (606) 887 9200 | 11/07/2025 | $44.850.000 |
| LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA | X | | (607) 634 3536 | 14/10/2025 | $756.116.948 |
| E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | X | | (601) 407 7075 | 02/01/2026 | $257.069.508 |
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | X | | (601) 348 6868 | 01/07/2026 | $108.992.485 |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: Zapata | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Rodríguez | NOMBRES: Álvaro Andrés

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

NÚMERO: 79.852.001

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

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ Indeterminada

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: 27/10/2026

## 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