Simacota, 21 de enero de 2026

Doctor:
JEFERSON ALFREDO FLOREZ SILVA
Gerente E.S.E. Hospital Integrado San Roque
Ciudad
E. S. D.

Cordial Saludo;

Deseándole éxitos en sus labores diarias, me permito anexar al presente propuesta técnico – económica para la desarrollar el proceso contractual cuyo objeto es la: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL PARA LA AUDITORIA Y APOYO EN CONCILIACION DE CARTERA Y GLOSAS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA",** lo anterior en aras de poder hacer parte integral de su equipo de trabajo y aportar mis conocimientos profesionales en tan importante gestión.

En espera de una respuesta positiva;

Atentamente;

OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA
Esp. Auditoria Clínica
Esp. Gerencia de Instituciones en Seguridad Social en salud

PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA

- **INTRODUCCIÓN**

En respuesta a su invitación, y después de haber revisado el estudio previo me permito presentarle mi oferta para contratar con la entidad que usted representa, el servicio cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVCIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL PARA LA AUDITORIA Y APOYO EN CONCILIACION DE CARTERA Y GLOSAS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA".** Las acciones dentro del contrato de prestación de servicios a suscribir se realizarán acogiendo en su integridad el contenido de los Estudios Previos y del Contrato a suscribir, ejecutando con responsabilidad principalmente las actividades y objeto contractual descritas a continuación:

.

- **OBJETIVO GENERAL**

"PRESTACION DE SERVCIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL PARA LA AUDITORIA Y APOYO EN CONCILIACION DE CARTERA Y GLOSAS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA"

- **ALCANCE DE LA PROPUESTA**

1. EL CONTRATISTA se obliga a prestar con absoluta independencia y bajo su entera responsabilidad las actividades que se desprenden de la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL PARA LA AUDITORIA Y APOYO EN CONCILIACION DE CARTERA Y GLOSAS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA**.

2. Realizar monitoreo al proceso de facturación y a los contratos de prestación de servicios con las E.P.S Subsidiada, contributiva.

3. Realizar seguimiento a las acciones de promoción y prevención, y a las acciones enmarcadas en los proyectos a ejecutar en la institución, revisión en cuanto al cumplimiento de metas propuestas, con el fin de disminuir y/o evitar descuentos por incumplimiento de las mismas.

4. Proyectar y motivar las respuestas por parte de la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA, respecto a las Glosas y Recobros notificados, efectuando la búsqueda de los respectivos soportes documentales para controvertir dicha glosa.

5. Asesorar respecto al proceso de conciliación en caso de existir posibilidad de aceptación de glosa o recobros notificados.

6. Monitorear y notificar a la gerencia las glosas de difícil conciliación, para analizarlas dentro del respectivo comité institucional.

7. Realizar seguimiento a las cuentas medicas facturadas a empresas como SOAT, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos necesarios para la presentación de las mismas.

8. Asistir de ser necesario a las reuniones con las EPS, en lo que respecta a procesos de contratación, facturación, recaudo, cartera, cobro, y demás situaciones relacionadas.

9. Brindar apoyo y asesoría a las áreas de facturación y cartera de la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA, procurando que el desarrollo de estos procesos mejore la estabilidad financiera de la institución, la menor glosa posible lo que se verá reflejado en un mayor ingreso efectivo en las cuentas de la entidad.

10. Cumplir con los requerimientos de la E.S.E., de manera oportuna.

11. Acoger las recomendaciones que la gerencia con respecto al proceso contratado.

12. Acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA, a través del supervisor asignado por la gerencia.

13. Las demás que estime necesarias el supervisor del contrato de acuerdo al objeto contratado.

- **DURACIÓN**

El tiempo de duración de prestación de servicios profesionales, es por el término de **SEIS (6) MESES Y NUEVE (9) DIAS** contados a partir de la legalización y perfeccionamiento del contrato.

- **VALOR DE LA PROPUESTA**

El valor total de la presente propuesta asciende a la suma de **ONCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($11.340.000)** por el término de **SEIS (6) MESES Y NUEVE (9) DIAS.**

- **FORMA DE PAGO**

El valor de la presente propuesta deberá cancelarse de la siguiente manera: un **(1)** primer pago por valor de **(540.000) QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE** y **(6)** seis pagos por valor de **UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (1.800.000.oo)** cada uno, los cuales deberán realizarse de forma mensual, previa presentación de informes de actividades, cuenta de cobro, además de acreditar el pago a los aportes del sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales, para lo cual se allegará la planilla respectiva que acredite dicho pago.

- **DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBLIDADES**

Por medio de la presente declaro bajo la gravedad de juramento que el suscrito quien firma y se identifica como aparece al final del presente escrito, no me hallo incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia para contratar. Anexo hoja de vida con los respectivos soportes

Cordialmente;

Olga Leticia Medina Remolina
Esp. Auditoria Clinica
Esp. Gerencia de Instituciones en Seguridad Social en salud
cel. 3176592050

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

República de Colombia

La Universidad Santo Tomás

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

Olga Leticia Medina Remolina

C C 63.289.380 de Bucaramanga

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Odontólogo

En constancia se firma y sella en Bucaramanga,

a los 11 días del mes de Julio de 1997

El Rector General

El Rector Seccional

El Decano de Facultad

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
Dirección Seccional de Salud
Este título se encuentra debidamente inscrito
Medellín 02 MAR 2000
Dirección de Vigilancia y Control

El Secretario General

Registro Interno No. 137.138.97

La Universidad Santo Tomás

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional

Reconoce en grado de

Olga Elena Rivera Fernández

Quien ha cursado y aprobado el programa de

Ingeniería Ambiental

Según la resolución número 1234 de 2005

Dado en Bogotá, a los 15 días del mes de junio de 2005

Rector

Secretaria General

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

El suscrito Secretario General de la Universidad Santo Tomás Seccional Bucaramanga

CERTIFICA:

Que en Libro de Actas de Grado No. 01 de la Universidad Santo Tomás, en el Folio No. 49 se halla inscrita la siguiente Acta de Grado No. 177.128.97

"En la ciudad de Bucaramanga, República de Colombia, el día 11 del mes de JULIO de 199x la Universidad Santo Tomás, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Presidencia del Señor Rector, P. JORGE HERNANDO MURCIA FLORIAN, O.P. y actuando como Secretario el DR. MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO celebró sesión solemne y pública con el objeto de otorgar el título a los alumnos aspirantes al Grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de

ODONTOLOGO

a

OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA, C.C. 63.488.380 DE BUCARAMANGA

Inmediatamente el graduando emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a cumplir los deberes propios del ejercicio de su profesión, en conformidad con la Constitución Nacional, las Leyes de la República de Colombia y la Etica Cristiana y a mantener irrestricta lealtad a la Universidad Santo Tomás en su vida profesional. Seguidamente el señor Presidente procedió a la entrega del Diploma que le acredita para el ejercicio de su profesión en conformidad con la legislación vigente".

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Fdo. El Rector P. JORGE HERNANDO MURCIA FLORIAN, O.P.

Fdo. El Secretario General, (2) DR. MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO

Fdo. El Decano, DR. MAURICIO ALBERTO LIZARAZO ROZO

Es fiel copia del original tomada a LOS 11 DIAS DEL MES DE JULIO DE 1997

El Secretario General, (3) DR. MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

República de Colombia

LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Olga Leticia Medina Remolina

C.C. 63.458.380 de Bucaramanga (Sder.)

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

En constancia se firma y sella en Bucaramanga
a los 7 días del mes de Marzo de 2008

El Rector General
Malagura O.P.

El Rector Seccional
F. Bohórquez

El Decano de Facultad

El Secretario Seccional

Registro Interno No. 353.159.2008
Folio 127 Libro 3

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud



FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

" U M B "

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Olga Leticia Medina Remolina

C.C. No. 63'488.310 Bucaramanga (Sder.)

EL POSTGRADO EN

Especialización en Auditoria Clinica

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA,

A LOS 27 DIAS DEL MES Septiembre DE 2002

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

VICERRECTOR ACADEMICO

DIRECTOR DE POSTGRADO

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

La Republica de Colombia

y en su nombre

El Colegio Nuestra Señora del Tránsito

Bucaramanga

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 10750 del 11 de Julio de 1985

Confiere a

Olga Leticia Medina Remolina

Identificado(a) con T.I. No. 730921-00054 Expedida en Floridablanca

El Título de

Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educacion Media Vocacional, segun los planes y programas vigentes.

COLEGIO DE NTRA SRA DEL TRANSITO BUCARAMANGA

Rector

DIRECTORA

Secretario

SECRETARIA

Dado en Bucaramanga, a 5 de Diciembre de 1970

Anotado al Folio [illegible] Libro de Registro No. [illegible]

Secretario de Educacion

En [illegible] a 12 de [illegible] de 19[illegible]

CENTRO COMERCIAL NUESTRA SEÑORA DEL TRANSITO

Directora: ISBELIA BUSTAMANTE DE LAMUS

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional de Sexto a Undécimo Grado de Bachillerato Comercial por Resolución No. 10750 de Julio 11 de 1.985 - Primaria Resolución No. 4127 del 20 de Enero de 1954

BUCARAMANGA: CALLE 37 No. 11-58 - TELEFONOS 22543 - 334685

REGISTRO DANE 368001-00733 - REGISTRO DE LA SECRETARIA 155

ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 10

En la ciudad del Bucaramanga a los 1o. días del mes de Diciembre del año 19 90 se reunierón con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado. Las suscritas Directora y Secretaria General en la Rectoria del Centro Comercial Nuestra Sra.del Tránsito institución cprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial según Resolución No 10750 del 11 de Julio de 19 85.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER COMERCIAL al graduando cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación.

OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA ~~T.I.No.730921-00054 Floridablanca~~

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7o. del decreto 180 de 1981.

Centro Comercial Ntra. Sra. del Tránsito DIRECTORA

La Directora

Centro Comercial Ntra. Sra. del Tránsito SECRETARIA

La Secretaria

C.C. No. 27.986.502 Barichara

C.C. No. 37.805.720 B/manga

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

Centro Comercial de Enseñanza Media

Nuestra Señora del Tránsito

Bucaramanga

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, segun Resolución No. 10750 de Julio 11 de 1.985

Hace constar que:

Olga Leticia Medina Remolina

Curso y aprobó satisfactoriamente los estudios correspondientes al Ciclo Básico de Enseñanza Media Comercial exigidos de acuerdo con el Decreto 2117 de 1.962, Decreto 080 de 1.974 y Resolución 2729 de Abril de 1.974 que la capacita como

Auxiliar de Contabilidad y Secretariado

Bucaramanga _____ de 1.98

La Directora

La Secretaria

Anotado al folio No. _____ del Libro de Registro de Diplomas del Colegio No. _____

COLEGIO DE NTRA. SRA. DEL TRANSITO BUCARAMANGA

KAMAT - BOGOTA

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

E.S.E. Hospital Local
Bolívar Santander
Nit. 804.003.072-0

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE BOLIVAR SANTANDER

CERTIFICA QUE

La Doctora **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA**, con cédula de ciudadanía Número 63.488.380 de Bucaramanga, se desempeñó en esta Institución como **GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL** desde el día 5 de octubre de 2016 a la fecha.

Expedida en Bolivar Santander, a los dieciséis (16) días del mes de enero de dos mil veinte (2020).

JUAN BAUTISTA QUIROGA
JUAN BAUTISTA QUIROGA QUIROGA
Profesional Universitario

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

HOSPITAL San José E.S.E. VALLE DE SAN JOSE	Codigo: GH-AP-FO-05
	Versión: 01
	Fecha A.: 13/07/2015
CERTIFICACION	Página 1 de 1

LA SUSCRITA TÉCNICO ADMINSITRATIVO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DEL MUNICIPIO DEL VALLE DE SAN JOSÉ, SANTANDER

CERTIFICA:

Que, la Doctora **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA,** identificada con la cédula de ciudadanía No 63.488.380 expedida en Bucaramanga, laboró como Gerente de la E.S.E. Hospital San José del Valle de San José, desde el diecisiete (17) de marzo de 2010 hasta el cuatro (4) de Octubre de 2016.

Se expide la presente certificación en el Valle de San José, a los seis (6) días del mes de Octubre del año dos mil dieciséis (2016), a solicitud de la interesada.

ZOILA ANTONIA MELGAREJO CALDERON
Técnico Administrativo

Calle 3 No. 2A - 17 Barrio Chiquinquirá, Valle de San José, Santander
Telefax: 7268712 - Celular: 3138703562
Correo electrónico: esevallesl@hotmail.com - Página web: www.esevalledesanjosé.gov.co

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
NIT 800.064.543-4

CERTIFICACION NO 010

EL SUSCRITO TECNICO OPERATIVO DE LA E.SE. HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES

CERTIFICA QUE:

Que **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA** identificada con la cedula de ciudadania numero 63.488.380 de Bucaramanga, labora en esta Institucion como Profesional en Auditoria , desde el 26 de Septiembre al 30 de Diciembre de 2008 según contratos No. 146, 149, 164 y desde el 01 de Enero a marzo de 2009 según contrato No. 023.

Se anexa recibo Numero 87303818 por valor $2.750, por estampilla Pro-Hospital $1.700, Pro-Electrificación $800; Según Ordenanza 012/05 y Decreto 005/06, $250.

Se expide a la solicitud de la interesada, a los seis (06) dias del mes de Marzo de 2009.

E.S.E Hospital Integrado Subana de Torres
Tecnico Operativo

RAUL EDUARDO QUINTERO
Técnico Operativo

Calle 14 No 9-50 tel 6293346-7

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

Fundación para el Desarrollo de la Solidaridad y la Convivencia Pacífica
Personería Jurídica No. 0007970
NIT. 900011865-6
I.P.S. 68-02711

LA FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA SOLIDARIDAD Y LA CONVIVENCIA PACÍFICA – FUNDESCOP

CERTIFICA QUE:

La Doctora OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA, identificada con c.c. 63.488.380 de Bucaramanga, labora en esta entidad desde el día 1° de julio de 2007 con contrato laboral a término indefinido, en calidad de GERENTE COMERCIAL, donde devenga una asignación mensual de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) m/te.

Igualmente manifiesto que la Dra. Medina Remolina, es una persona idónea, cumplidora de sus obligaciones y observa excelente conducta.

Expedido en Bucaramanga a los 24 días del mes de marzo de 2008.

Fundescop
Nit. 900 011 865-6
DORA E. REYES CARDENAS
C.C. 28.421.166
GERENTE "FUNDESCOP" I.P.S.

Calle 59 No. 30 - 57 Telefax. 6477309
E-mail: fundescop@gmail.com

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO
NIT. 900.136.865-3

EL SUSCRITO GERENTE (I) DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO

C E R T I F I C A:

Que revisados los archivos y documentos que reposan en esta institución, la doctora **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No 63.488.580 expedida en Bucaramanga (Santander), laboró en esta institución en el cargo de Gerente (I), en el periodo comprendido entre el veintiocho (28) de Febrero al treinta (30) de Mayo de dos mil siete (2007), con una asignación básica mensual de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($4.400.000,00) M/CTE**, ejerciendo funciones de ejecución de labores de dirección, asesoría, supervisión y control de los planes de salud, programas y normas técnicas a fin de garantizar la prestación de servicios de salud.

Se expide a solicitud de la interesada, a los doce (12) días del mes de Marzo de dos mil ocho (2008).

LUIS CARLOS RODRIGUEZ PIMIENTA
Gerente (I)

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

GOBERNACION DE SANTANDER

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCION No.

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 001875 de Agosto 3 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No 63.488.380 de BUCARAMANGA, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como ODONTOLOGO

Título que le otorgo LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS el 11 DE JULIO DE 1997

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en EL HOSPITAL CAICEDO Y FLOREZ DE SUAITA desde el 15 DE SEPTIEMBRE DE 1997 hasta el 14 DE SEPTIEMBRE DE 1998

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO - Autorizar a OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No 63.488.380 de BUCARAMANGA, para ejercer la profesion de ODONTOLOGO en todo el Territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

TEMIS HERNANDEZ RANGEL
Secretario de Salud Departamental

MARIA TERESA VARGAS CALLE
Subdirectora Seguridad Social

Ana Victoria M.

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63.488.380**

MEDINA REMOLINA
APELLIDOS

OLGA LETICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-SEP-1973**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-NOV-1991 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2708200-00126816-F-0063488380-20081107 0005500031A 1 7180004480

Olga Leticia Medina Remolina
Odontóloga
Especialista en Auditoría Clínica
Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud

MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE SANTANDER
SECRETARIA DE SALUD

Resolución No. 00359-99

Nombre OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA

C.C. No. 63.488.380 de Bucaramanga

Profesión ODONTOLOGA

Fecha Inscrip. 25 de febrero de 1999

Secretario de Salud Deptal.

Vigilancia y Control

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-12-29 08:27

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
OLGA	LETICIA	MEDINA	REMOLINA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	63488380

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	SAN GIL

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN ROQUE - SIMACOTA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	SIMACOTA

Dirección	["Carrera 2 No. 4-20 Barrio Jerusalen"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$135.849.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$135.849.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$7.155.130,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.145.234,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.992.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	SANTANDER	SAN GIL	$288.036.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	SANTANDER	SAN GIL	$60.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	ENRIQUE	ANGARITA	MEDINA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 91278481

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Simacota, 21 de enero 2026

Doctor
JEFERSON ALFREDO FLOREZ SILVA
Gerente

El suscrito declara que: conozco las cláusulas de inhabilidad e incompatibilidad para contar con las entidades estatales de conformidad con los artículos 8° y siguientes de la ley 80 de 1993 y del artículo 18 de la ley 1150 de 2007, por el cual se adiciono el literal j) al numeral 1° de artículo 8° (...) J) las personas naturales que hayan sido declaradas responsables judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades y soborno transnacional, así como equivalentes en otras jurisdicciones.

Esta inhabilidad se extenderá a las sociedades de que sean socias tales personas, con excepción de las sociedades anónimas abiertas. Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7° y 52 y los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1° de estatuto contractual.

Declaro bajo gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, YO **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA**, Identificada con cedula de ciudadanía número 63.488.380 expedida en Bucaramanga, que no me encuentro en ninguna inhabilidad e incompatibilidad.

Tampoco me encuentro dentro de ninguna de las prohibiciones ni inhabilidades señaladas en la ley 1474 d 2011.

Dado en Simacota en el mes de enero de dos mil Veintiséis (2026).

OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA
C.C. 63.488.380 de Bucaramanga

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Olga Leticia Medina Remolina, identificado(a) con CC número 63488380, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 63488380
NOMBRES Y APELLIDOS	Olga Leticia Medina Remolina
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	21/09/1973
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	137 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 63488380 OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA Desde 01/09/2020 - Vigente

Generado por interfaces 29/12/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63488380,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Colmena Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	MEDINA REMOLINA OLGA LETICIA
IDENTIFICACIÓN:	CC 63488380
INICIO VIGENCIA:	25/08/2022
FECHA INICIO CONTRATO:	25-08-2022
FECHA FIN CONTRATO:	31-01-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	ESE CENTRO DE SALUD SAN ROQUE
CC /NIT:	NI 804015164
CONTRATO:	1101630
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 21 días del mes de enero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 21/01/2026 9:25:35. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63488380	OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA		carrera 18 18 29 apto 302	6455295	ivonkele@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	I – Independiente			SANTANDER	SAN GIL	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/12/2025	92091271	$1.180.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	476.900	0		0		0	0	0	0	476.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	610.400	0	0	0	0	0	0		610.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	93.000				93.000	0	0	93.000			930	93.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	476.900	476.900
Pensión	1	610.400	610.400
Riesgos Laborales	1	93.000	93.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.180.300	1.180.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	63488380	OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA		carrera 18 18 29 apto 302	6455295	ivonkele@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	SAN GIL		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/12/2025	92091271	$1.180.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	63488380	MEDINA REMOLINA OLGA LETICIA	57	0			N																	25-14	3.815.000	610.400	0	0	0	0	EPS005	3.815.000	476.900	14-25	3.815.000	3	93.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289410270

PIB
11:59:28

Bogotá DC, 21 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63488380:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 21 de enero de 2026, a las 12:01:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63488380
Código de Verificación	63488380260121120112

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:25:03 PM horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 634883380

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/01/2026 12:30:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **63488380** y Nombre: **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **133114606** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 63488380 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 21/01/2026 11:32 AM

Código Verificación: **KW89BZCTEQ**

Válida hasta: **21/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:33:19 horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **63488380,** Apellidos y Nombres **MEDINA REMOLINA OLGA LETICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA**, con NIT **890203887-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141223689181

(415)7707212489984(8020) 000014122368918 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 3 4 8 8 3 8 0	8	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 4 8 8 3 8 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEDINA	REMOLINA	OLGA	LETICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal
CR 18 18 29 VILLAS DE ALCALA

42. Correo electrónico olety21@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 6 5 9 2 0 5 0	3 1 7 3 6 8 4 9 9 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 4 0 1 0 5	7 0 2 0	2 0 0 4 0 9 2 8		8 6 2 2		2 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MEDINA REMOLINA OLGA LETICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

YEROVA OCUPACIONAL SAS
NIT. 900.889.143-5
Yeny Cecilia Rodríguez Valle
Médico Especialista En Salud Ocupacional
Y Riesgos Laborales
Licencia 03106 Cel. 311 592 22 24

CIUDAD Y FECHA: Cucuta 2-2025

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:	Olga Leticia Medina Remolina
IDENTIFICACION:	63483380
NOMBRE EMPRESA:	
EMPRESA EN MISION:	
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	Asesor Auditoria y cartera

EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN MEDICO	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
INGRESO ☒	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ☒	OPTOMETRIA ☐
EGRESO ☐	AUDIOMETRIA ☐	LABORATORIOS ☐
POSTINCAPACIDAD ☐	VISIOMETRIA ☐	PRUEBA DE VERTIGO ☐
PERIÓDICO ☐	ESPIROMETRIA ☐	PRUEBA NEUROLOGICA ☐
ALTURAS ☐		

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

AT: SI__ NO__ FECHA: _____ EP: SI__ NO__ FECHA: _____ NO

CONCEPTO

APTO SIN PATOLOGIA APARENTE	☒
APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	☐
APTO CON RESTRICCIÓN:	☐
APLAZADO:	☐
NO APTO:	☐
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR	☐
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL	☐
EXAMEN DE RETIRO NO SATISFACTORIO CON EVIDENCIA DE ENFERMEDAD	☐
EXAMEN DE RETIRO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE ORIGEN OCUPACIONAL	☐
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐
NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO (diligencia solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad

Físicos: Ruido__ Iluminación___ Temperatura Extrema__ Radiación ionizante_ Radiación no ionizante__ Vibración__ Presión__
Químicos: Polvos__ Gases__ Vapores__ Líquidos__ Humos__ Nieblas__ Rocíos__
Ergonómicos: Trabajo estático__ Esfuerzo físico__ Manipulación de Cargas__ Posturas Forzadas__Movimientos Repetitivos__
Psicosociales: Contenido de la tarea__ Organización del tiempo de trabajo__ Relaciones humanas__ Gestión__
Biológicos: Virus__ Bacterias __Parásitos__ Hongos__Contactos con fluidos humanos__ Contacto con piezas anatómicas_
Mecánicos: Mecanismos en Movimiento__ Proyección de Partículas__ Manejo de Herramientas__ Equipos y Elementos a presión__
Público: Inseguridad Social__ Violencia__ Trabajo en la calle__
Locativo: Superficies de Trabajo__ Distribución de áreas de trabajo__ Falta de orden y asco__
Eléctrico: Alta Tensión__ Baja Tensión__ Electricidad estática__

HALLAZGOS DE RELEVANCIA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES (diligencie solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad)

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	☒	Valoración por EPS:
CAPACITACIONES SALUD OCUPACIONAL	☐	_____
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	☐	_____
		_____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

NOMBRE TRABAJADOR:	NOMBRE MEDICO: Yeny Rodriguez Valle
FIRMA:	FIRMA:
CEDULA:	LICENCIA OCUPACIONAL 0823

Yeny C. Rodríguez V.
Médico Especialista
En Salud Ocupacional
Licencia 0682

	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-88
		VERSION	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO 06823 **DE**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **YENY CECILIA RODRIGUEZ VALLE** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 32763815 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 3106 de 10 de Marzo del 2010 de la Secretaria de Salud de Gobernación de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A:**YENY CECILIA RODRIGUEZ VALLE.** - Medico y Cirujano -. ESPECIALISTA En Salud Ocupacional y Proteccion de Riesgos Laborales identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 32763815 en las areas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigacion en area tecnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el articulo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 28 AGO 2020

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona V. – Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Yaritza Hernandez G. – Coordinador Grupo de Acreditacion en Salud y SOG
Proyectó: Helena Gordillo O. – Grupo de Acreditacion en salud S.O.G.C

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9b9c86e4-35b3-4e65-afb4-8567ce098de7

Nombres y apellidos / Full name: **OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **6 3 4 8 8 3 8 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **21/09/1973**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3176592050**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sarampión Rubéola	Adicional	26	4	2013		012N1018	VALLE DE SAN JOSE ESE HOSPITAL	
Fiebre Amarilla	Única	10	4	2014		N3N29914	ESE CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD	CLINICA GUANE
COVID SINOVAC	Primera	23	3	2021		E202102012	VILLANUEVA ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA	GLADYS YADIRA VARGAS BARRAGAN
COVID SINOVAC	Segunda	20	4	2021	Sinovac	J202103009	VILLANUEVA ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA	GLADYS VARGAS
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	30	12	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	939919	SAN GIL ESE HOSPITAL REGIONAL	DIEGO GONZALEZ BAUTISTA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	31	5	2023	BUTANTAN	230050	VILLANUEVA ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA	YARLEIDYS PARRA JIMENEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	31	5	2023	BUTANTAN	230047	VILLANUEVA ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA	YARLEIDYS PARRA JIMENEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

E.S.E HOSPITAL Integrado San Roque	REGISTRO Y SELECCIÓN DE PROVEEDORES	RF-FT-001	Versión: 02
		Fecha de emisión: 08/11/2018	
		Página 1 de 2	

Fecha de Registro	DD	MM	AA
	21	01	2026

I. INFORMACIÓN BÁSICA *(Anexe la documentación relacionada al final de este formulario)

INFORMACION GENERAL DEL PROVEEDOR

Tipo de Identificación				Número de Identificación	Nombre y apellidos ó Razón Social
C.C./C.E.	x	NIT.		63488380	OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA
Ciudad				Departamento	País
SAN GIL				SANTANDER	COLOMBIA
No. teléfono (con indicativo)				Dirección	Correo Electrónico
3176592050				CRA 18 # 18-29 APTO 302 ED JAIME ENRIQUE	auditorayconciliacioncartera@gmail.com
Producto y/o servicio que suministra				PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL PARA LA AUDITORIA Y APOYO EN CONCILIACION DE CARTERA Y GLOSAS DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN ROQUE DE SIMACOTA	

Información del Representante Legal	
Número de Identificación	Nombres y apellidos
63488380	OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA

Información Persona de Contacto			
Número de Identificación	Nombres y apellidos		
Cargo	Ciudad	Departamento	País
Indicativo / No. Teléfono		No. Fax	No. teléfono Celular

Información Responsabilidad Social		
Cuenta con Política de Responsabilidad Social en su organización	SI ☐	NO ☐
Cuenta con medidas de conciliación que equilibran vida laboral, profesional y familiar para los colaboradores de su organización	SI ☐	NO ☐

Dirección	Correo electrónico

II. INFORMACION FINANCIERA

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria en la cual autoriza que se consignen los pagos						
Nombre de Entidad Financiera						Sucursal
BANCO POPULAR						SAN GIL
Ciudad		Departamento				País
SAN GIL		SANTANDER				COLOMBIA
Nombre de la cuenta		Tipo de Cuenta				Número de la cuenta
AHORRO HOGAR	Ahorro	X	Corriente			230-520-12167-4

III.INFORMACION FISCAL

INFORMACION FISCAL

Régimen Común		Gran Contribuyente		Actividad Económica Principal	ASESOR- AUDITOR
Régimen Simplificado	X	Auto Retenedor		Código Actividad Económica Principal	7490
Tarifas de retención en la fuente				Tarifas Ica	

IV .REFERENCIAS COMERCIALES

REFERENCIAS COMERCIALES	Principales Clientes			
	Empresa	Ciudad	Teléfono	Producto que suministra
	Principales Proveedores			
	Empresa	Ciudad	Teléfono	Producto que suministra

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O CONTRATISTA Olga Lucia Medina Ramalho.

IV. AREA PARA DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA

FECHA DE LA EVALUACION	DD/MM/AAAA	CALIFICACION		APROBO	SI	NO
Justificación:						
Fecha de verificación en la lista Clinton:						

POR FAVOR ANEXAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION	
PERSONA JURIDICA	**PERSONA NATURAL**
1. Certificado Cámara de comercio con vigencia no mayor a 30 días. 2. Copia del RUT y RUP. 3. Certificación Bancaria. 4. Fotocopia de la Cedula del Representante Legal. 5. Certificaciones como Licencias, permisos, autorizaciones, pago de parafiscales, etc. (Cuando aplique). *	1. Fotocopia de la cédula ampliada al 150%. 2. Copia del RUT. 3. Certificación Bancaria. 4. Certificaciones como Licencias, permisos, diplomas, pago de seguridad social, etc. (Cuando aplique). *

* Las certificaciones a solicitar están establecidas por tipo de proveedor según aplicabilidad en el documento Requisitos y reglamento de HSE-SP para proveedores, contratistas y sus anexos respectivos.

Home > Reporte > Contratista



Nueva Búsqueda

- (●) Empresa / Persona
- ( ) Entidad
- ( ) Departamento

Soy humano hCaptcha Privacidad - Condiciones

63488380

Los siguientes datos relacionan el histórico de sanciones, multas o cualquier otro reporte por delitos contra la administración pública que haya sido impuesto a una persona natural o jurídica.

Nombre de persona o empresa
OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA

Nit / C.C.:
63488380

0 Sanciones disciplinarias
0 Multas y sanciones contractuales
0 Responsabilidades fiscales

Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sist. Electrónico de Contratación Pública, (SECOP), presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

Seleccione un año
Todos los años

Lista de los contratos más cuantiosos

*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Contrato.

Copy CSV Excel PDF Print Buscar:

#	Monto	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Detalles
1	$12,000,000	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUC...	SANTANDER ESE CENTRO DE SALUD ...	2022-07-08	2023-01-08	SANTANDER	
2	$10,000,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL COMO A ...	SANTANDER ESE CENTRO DE SALUD ...	2021-01-04	2021-06-04	SANTANDER	
3	$10,000,000	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL COMO A ...	SANTANDER ESE CENTRO DE SALUD ...	2022-01-27	2022-06-29	SANTANDER	

Fecha	DD	MM	AA
	21	01	2026

Señores:
E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE Y/O REPRESENTANTE LEGAL
CARRERA 2 N° 4-20
Simacota - Santander

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATISTA

Nombre y apellidos	Tipo de Identificación				Número de Identificación
OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA	C.C./ C.E.	X	NIT.		63488380

obrando en nombre propio o en representación legal de:

_____

_____

quien en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso contractual teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de Colombia Compra Eficiente para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación directa, cuyo objeto es:

OBJETO CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION INSTITUCIONAL PARA LA AUDITORIA Y APOYO EN CONCILIACION DE CARTERA Y GLOSAS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA**

3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Colombia Compra Eficiente, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación de la referencia.

5. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación de la referencia me soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Me comprometo a comunicar a mis empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los veintiún (21) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

CC: 63488380 de Bucaramanga

E.S.E HOSPITAL Integrado San Roque Simacota Santander	**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIETO DE DATOS PERSONALES**	GH-FT-014	Versión: 01
		Fecha de emisión: 26/02/2019	
		Página 1 de 1	

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA**, en adelante **"HSRS"** de que:

- El **HSRS** actuará como responsables del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales del hospital disponible en http://www.esesimacota.gov.co/
- Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles[1] o sobre menores de edad.
- Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
- Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por el hospital y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales del mismo.
- Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico hospitalsimacota@gmail.com.
- El **HSRS** garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al **HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA** para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales del HSRS y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de las Compañías.

La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en Simacota, el 21 de enero del 2026.

Firma: Olga Leticia Medina Remolina

Nombre: OLGA LETICIA MEDINA REMOLINA

Identificación: 63488380 de Bucaramanga

NOTA: Por favor diligencie este documento con su nombre, identificación, fecha y firma, y remítalo al correo electrónico hospitalsimacota@gmail.com

[1] Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del empleado o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, los datos biométricos (si aplican) e información confidencial del empleado.