El Playón, 30 de enero de 2026.

Señora
ROSALIA MINERVA OROZCO
El Playón Santander

Ref.: SOLICITUD DE PROPUESTA. **"CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER".**

En atención que la E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO, necesita llevar a cabo proceso de contratación con el fin de ejecutar el objeto de la referencia, solicito a usted, allegar dentro de Tres (03) días siguientes al recibido de la presente cotización u oferta.

ESPECIFICACIONES:

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE SUMINISTRO

OBJETO: "CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER"

VALOR: TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($13.500.000)

PLAZO DE EJECUCIÓN: CINCO (05) MESES Y/O HASTA AGOTAR LOS RECURSOS.

1.1 Alcance

El CONTRATISTA se compromete a suministrar de forma continua y oportuna la alimentación de los pacientes hospitalizados, atendiendo las dietas y menús prescritos, en las cantidades y horarios fijados por la E.S.E., con sujeción a los precios pactados y demás condiciones aquí descritas.

1.2 Condiciones operativas del servicio

N.º	CONDICIÓN	DETALLE
1	**Solicitud de dietas**	Se tramitará diariamente vía telefónica, únicamente por el jefe coordinador del servicio de hospitalización al área de ensamble. Ningún otro personal está autorizado para solicitar raciones.
2	**Presentación y entrega**	Bandejas resistentes a impactos y altas temperaturas, con tapa térmica e identificación de paciente, servicio y tipo de dieta. Utensilios desechables para pacientes en aislamiento (incluidos en el precio). Prohibido utilizar menaje deteriorado; la reposición corre por cuenta del CONTRATISTA. Vasos en material apto para alimentos; desechables cuando lo ordene el

		médico. Cucharas de acero inoxidable o desechables según indicación médica.
3	**Suministro de agua**	Al menos un suministro de agua potable por servicio hospitalario.
4	**Recolección de bandejas**	Máximo 30 minutos después del consumo. Prohibido dejar menaje en salas o habitaciones. El personal debe verificar que la cantidad de piezas que coincida con las entregadas.
5	**Higiene e inocuidad**	Alimentos protegidos con vinipel, tapas u otro cubrimiento. Productos lácteos conservados entre 4 °C y 6 °C. Incluir pitillos y edulcorantes para pacientes diabéticos cuando aplique.
6	**Minutas y dietas**	Cumplir la minuta patrón institucional y el Manual de Dietas Hospitalarias de la E.S.E. Alimentación completa, equilibrada y servida a temperatura adecuada.
7	**Lugar y horario de suministro**	Se servirá en las áreas de hospitalización, en los siguientes rangos: Desayuno **6:30 a.m.–7:00 a.m.** Almuerzo **12:00 m.–12:30 p.m.** Comida **5:30 p.m.–6:00 p.m.**

2. CONDICIONES PARA EL SUMINISTRO

Los pedidos se emitirán por escrito—orden de suministro—con los precios de la propuesta económica. Una vez aprobados por la Gerencia (o su delegado), el CONTRATISTA deberá entregar los alimentos en las instalaciones de la E.S.E. por su propia cuenta y riesgo.

3. ESPECIFICACIONES ECONÓMICAS

Descripción	Valor unitario (COP)
Desayuno	$ 10.000
Almuerzo	$ 14 500
Cena	$ 10.000
Refrigerio (media mañana/tarde)	$ 4 800

4. CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS (complementarias)

1. Cobertura diaria sin excepción en los horarios señalados.
2. Elaborar y dispensar raciones conforme a orden médica y régimen dietético.
3. Proveer todos los desechables necesarios (vasos, platos, cubiertos, servilletas, pitillos, etc.).
4. Dispensar el menú hasta la cama del paciente y retirar el menaje una vez consumido.
5. Garantizar la continuidad del servicio durante toda la vigencia contractual.
6. Cumplir plenamente las normas higiénico-sanitarias (Decreto 3075 de 1997 y demás aplicables).

7. Llevar control diario de dietas y utilizar insumos de primera calidad.

5. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Atender cualquier otra instrucción derivada del objeto contractual.
2. Acreditar, mensualmente, pago de aportes a salud, pensión y riesgos laborales (art. 50 Ley 789/2002).
3. Ejecutar el objeto contractual en calidad, cantidad y tiempo, con los equipos e insumos necesarios.
4. Presentar informes periódicos al supervisor que la E.S.E. solicite.
5. Atender con prontitud las recomendaciones del CONTRATANTE.
6. Garantizar confidencialidad y protección de los datos suministrados.
7. Entregar los bienes y servicios dentro de los plazos pactados.
8. Cumplir estrictamente las especificaciones técnicas y económicas aceptadas.

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.

El lugar de ejecución del contrato será el Municipio de El Playón (Santander) o el lugar donde se requieran sus servicios y las partes lo acuerden. Teniendo en cuenta la naturaleza del servicio a ejecutar, el mismo no implicará subordinación, ni dedicación de tiempo completo.

EQUISITOS DEL CONTRATISTA Y/O CALIDADES:

Para la suscripción del contrato que se pretende realizar, el contratista debe acreditar los siguientes requisitos establecidos:

PERSONA NATURAL O JURÍDICA CON CAPACIDAD DE EJECUTAR EL CONTRATO Y CUYA ACTIVIDAD ECONÓMICA TENGA RELACIÓN CON EL OBJETO.
Experiencia acreditada: 1 contrato de suministro de alimentación por un monto igual o superior al valor del presente contrato.

DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN LA PROPUESTA.

Los siguientes documentos se deben anexar a la propuesta, los cuales son necesarios para la celebración del contrato:

REQUISITOS	
1	Carta de Intención para proponer
2	Carta de presentación de propuesta
3	Certificado de existencia y Representación Legal, duración, fecha de expedición y objeto social.
4	Certificado inscripción del RUP (Registro único de proponentes)
5	Documento que acredita conformación de Consorcio o unión temporal
6	Propuesta económica
7	Certificado Art. 50 ley 789 de 2002 (Cumplimiento de pago de aportes parafiscales y/o seguridad social)
8	Idoneidad (título Bachiller, profesional, técnico o tecnológico, otorgado por ente universitario reconocido en la Nación y/o certificados de estudio requeridos) O (Documento que acredito actividad comercial relacionada con el objeto)
9	Acreditación de experiencia específica solicitada
10	Certificado de antecedentes disciplinarios
11	Certificado de antecedentes fiscales
12	Certificado de antecedentes penales
13	Medidas correctivas
14	Formato de hoja de vida DAFP
15	Declaración bienes y rentas DAFP
16	Documento de identidad
17	Copia del Nit
18	Copia del Rut

ENTREGA DE LA PROPUESTA.

La propuesta deberá ser allegada a la dirección Carrera 5 # 13 - 34 del municipio de El Playón, Santander, celular 3138348782, o al correo electrónico gerencia@esesantodomingosavioelplayon.gov.co

Cordialmente,

MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO

El Playón-Santander, enero 28 de 2026

Señores:
MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ
Gerente E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
El Playón-Santander

Referencia: propuesta
Por medio de la presente me permito presentarle mi hoja de vida con el fin de que sea tenida en cuenta y contratar mis servicios a través de contrato de prestación de servicios, de acuerdo a la invitación recibida por la entidad, cuyas especificaciones conozco y acepto, así:
OBJETO A DESARROLLAR
SUMINISTRO DE ALIMENTOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO EL PLAYON-SANTANDER

VALOR CONTRATO: DIEZ MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 10.000.000).
El contratante se compromete a garantizar el suministro permanente de la alimentación a los pacientes hospitalizados, de acuerdo con los requerimientos efectuados por el Hospital a través del supervisor del contrato y atendiendo las dietas, menús y demás indicaciones de ella, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

Descripción	Valor
Desayuno	$ 10.000
Almuerzo	$ 14.500
Cena	$ 10.000
Refrigerio sencillo; media tarde-media mañana	$ 4.800

CONDICIONES TECNICAS EXIGIDAS: 1. El suministro de alimentos a pacientes deberá ser cubierto todos los días en el siguiente horario: desayuno a las 7:30 am, almuerzo a las 12:10 pm, cena a las 5:30 pm, en cantidad y conforme a las dietas específicas y minutas suministradas por la E.S.E Hospital Santo Domingo Savio de El Playón-Santander, de acuerdo prescripciones médicas para la atención de los pacientes hospitalizados. **2.** elaborar y dispensar las raciones para cada paciente hospitalizado, según orden médica. **3.** Suministrar la alimentación en el número que le sea requerido por cada régimen y según los contenidos, variedad, volumen y pesos especificados en la propuesta y aceptados por el contratante. **4.** Proveer los elementos desechables (vasos, platos, pocillos, cubiertos, termos para el agua, cervilletas, pitillos entre otros) necesarios para la prestación del servicio. **5.** Cumplir los ciclos de minutas propuestas por el contratante. **6.** Dispensar el menú hasta las

camas de los pacientes en sus respectivas habitaciones y de acuerdo al régimen dietético señalado por los médicos y/o dietistas al servicio del hospital contratante. **7.** Retirar la loza y demás elementos de las habitaciones de los pacientes cada vez que los pacientes hayan ingerido los alimentos. **8.** El contratista debe garantizar la continuidad de la prestación del servicio durante el tiempo de la duración del contrato. **9.** Cumplir con las normas higiénico-sanitarias, para la preparación y manipulación de alimentos según el decreto 3075 de 1977. **10.** Responder por la buena calidad del objeto contratado. **11.** llevar el control diario de la alimentación y utilizar alimentos de primera calidad en la preparación de la alimentación. **12.** Presentar un plan de desinfección para la aprobación del supervisor del contrato dentro de los ocho (8) días siguientes a la selección del contratista del área a utilizar la elaboración de los alimentos. **13.** y los demás que puedan surgir del cumplimiento del objeto contractual de la presente invitación.

Me permito allegar los siguientes documentos.

- Hoja de vida diligenciada en el formato único en la cual se relacionan entre otros aspectos el referido a experiencia del proponente (ley 100 de 1995) adjuntando los soportes de la misma.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía.
- Fotocopia del RUT actualizado.
- Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría.
- Certificado de antecedentes fiscales de la contraloría.
- Certificado de antecedentes y requerimientos de la policía.
- Certificado de antecedentes de medidas correctivas.
- Certificado de antecedentes delitos sexuales.
- Certificado de antecedentes del REDAM.
- Constancia del pago de seguridad social.
- Declaración juramentada de bienes y renta.

Declaro así mismo.

1. Que conozco y acepto los términos de las presentes bases.
2. Que respondo por la veracidad de la información suministrada.
3. Que asumo la responsabilidad por las obligaciones derivadas de la presente propuesta y del objeto contractual en caso de adjudicación.
4. Que se ha asesorado debidamente para atender el alcance de las obligaciones derivadas del objeto contractual y en consecuencia se obliga a suscribirlo en los términos y condiciones establecidos en el mismo.
5. Que no me encuentro incursa en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar establecidas por la ley.
6. Que anexo a la presente los documentos mencionados en la misma y me hago responsable de su contenido y veracidad.
7. Que declaro indemne a la E.S.E Hospital Santo Domingo Savio de El Playón-Santander y su actual representante legal doctora MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ y se mantendrá indemne contra todo reclamo, demanda, acción legal y costos que puedan causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros ocasionados por el trabajador durante la

ejecución del contrato. En caso que se formule reclamo, demanda o acción legal contra la E.S.E Hospital Santo Domingo Savio de El Playón-Santander y su actual representante legal por asuntos que según el contrato sean de responsabilidad del trabajador se le comunicara lo más pronto posible de ello, para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley y adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto.

DURACION DEL CONTRATO: TRES (3) MESES

Atentamente.

ROSALIA MINERVA OROZCO BARON
C.C. 36.564.226 DE SANTA MARTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
OROZCO	BARON	ROSALIA MINERVA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 36564226	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 15 MES 10 AÑO 1968	CALLE 15 6 51 BARRIO EL CENTRO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	EL PLAYÓN		
MUNICIPIO	EL PIÑÓN	TELÉFONO	3212280890	EMAIL	rosaliao743@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	1992

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS	09	2022

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PLAYÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3142791434	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	23	*Mes*	01	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO COCINA	*DEPENDENCIA* ALIMENTOS COCINA						*DIRECCIÓN* CRA 5 # 13 - 34					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PLAYÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212280890	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	22	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ALIMENTACION	*DEPENDENCIA* ALIMENTOS COCINA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 13 34					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PLAYÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO COCINA	*DEPENDENCIA* AREA DE COCINA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 13 34						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PLAYÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN EL AREA DE COCINA	*DEPENDENCIA* COCINA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 13 34						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PLAYÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MANIPULACION DE ALIMENTOS	*DEPENDENCIA* AREA DE COCINA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 13 34						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Rosalía Orozco B.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-29 09:37

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSALIA	MINERVA	OROZCO	BARON

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36564226

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	EL PLAYÓN

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	ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	EL PLAYÓN

Dirección	["cra 5 No. 13-34"]
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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$17.082.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$17.082.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

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 [ ] No [X]

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 [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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:

GOBIERNO DE COLOMBIA

FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ROSALIA MINERVA OROZCO BARON

IDENTIFICADO CON: C.C X C.E. T.I. N° 36.564.226 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	EL PLAYON
Dirección	CALLE 15 #6-51 EL CENTRO			Teléfonos	3212280890

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** X **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	17.082.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 17.082.000

as cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	91243160605	BUCARAMANGA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ -

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Acta de Grado

Inscripción S. E._____

DANE 34700-10086

En la ciudad de Santa Marta a los Veintidos (22) días del mes de JULIO del año 1.992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO "AGUSTIN CODAZZI"

Institución aprobada 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 ACADEMICO según RESOL.No. 19466 del 13 de NOVIEMBRE de 1.9 87

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los Alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relaciona a continuación: ROSALIA MINERVA OROZCO BARON C.C.No. 36.564.226 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 017 de fecha Julio 22 de 1.992 que consta de UN (1) alumnos que comienzan con el nombre de ROSALIA MINERVA OROZCO BARON y se cierra con el nombre de ROSALIA MINERVA OROZCO BARON, firmado y sellado por HUGO ALONSO OROZCO OROZCO (Rector) y MIRIAM MOLINARES (Secretario).

Dada en SANTA MARTA a los 28 días del mes de SEPTIEMBRE de 1.9 92

Firmado y Sellado

El Rector o Director

c. c. No. 8.687.358 de B/quilla

El Secretario

c. c. No. 36.555.135 de Sta.Mta.

DIPLOMA No._____

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN SANTANDER

CERTIFICA:

Que, **ROSALIA MINERVA OROZCO BARON** , identificada con Cedula de Ciudadanía N° 36.564.226, suscribió el siguiente contrato con la E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO de EL PLAYÓN SANTANDER, los cuales relaciono a continuación:

CONTRATO HSDS-SUM-030-2025

OBJETO: CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN SANTANDER

PLAZO: TRES (03) MESES.

FECHA INICIAL: DIEZ (10) DE FEBRERO 2025.

ESTADO: LIQUIDADO.

FECHA FINAL: NUEVE (09) DE MAYO DE 2025.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS: El suministro de 7:30 a.m.; almuerzo a las 11:30 a.m.; cena a las 5:00 p.m., en cantidad y conforme a las dietas especiales y minutas suministradas por la ESE Hospital Santo Domingo Savio de El Playón, Santander, de acuerdo a las prescripciones médicas para la atención de los pacientes hospitalizados. 2. Elaborar y dispensar las raciones para cada paciente hospitalizado, según orden médica. 3. Suministrar la alimentación en el número que le sea requerido por cada régimen y según los contenidos, variedad, volumen y pesos especificados en la propuesta y aceptados por el contratante. 4. Proveer los elementos desechables (vasos, platos, pocillos, cubiertos, termos para el agua, servilletas, pitillos entre otros) necesarios para la prestación del servicio. 5. Cumplir los ciclos de minutas propuestas por el Contratante. 6. Dispensar el menú hasta las camas de los pacientes en sus respectivas habitaciones y de acuerdo al régimen dietético señalado por los Médicos y/o dietista al servicio del hospital

Contratante. 7. Retirar la loza y los demás elementos de las habitaciones cada vez que los pacientes hayan ingerido los alimentos. 8. El contratista debe garantizar la continuidad de la prestación del servicio durante el tiempo de la duración del contrato. 9. Cumplir con las normas higiénico-sanitarias para preparación y manipulación de alimentos según el Decreto 3075 de 1997. 10. Responder por la buena calidad del objeto contratado. 11 Llevar el control diario de la alimentación y utilizar alimentos de primera calidad en la preparación de la alimentación. 12. Presentar un plan de desinfección, para aprobación del supervisor del contrato, dentro de los ocho (8) días siguientes a la selección del contratista, del área a utilizar en la elaboración de los alimentos. 13. y las demás que puedan surgir en cumplimiento del objeto contractual de la presente invitación.

CONTRATO HSDS-SUM-079-2025

OBJETO: CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN SANTANDER

PLAZO: CUATRO (04) MESES.

FECHA INICIAL: DOS (02) DE JULIO DE 2025.

ESTADO: LIQUIDADO.

FECHA FINAL: TREINTA (30) DE OCTUBRE DE 2025.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS: El suministro de 7:30 a.m.; almuerzo a las 11:30 a.m.; cena a las 5:00 p.m., en cantidad y conforme a las dietas especiales y minutas suministradas por la ESE Hospital Santo Domingo Savio de El Playón, Santander, de acuerdo a las prescripciones médicas para la atención de los pacientes hospitalizados. 2. Elaborar y dispensar las raciones para cada paciente hospitalizado, según orden médica. 3. Suministrar la alimentación en el número que le sea requerido por cada régimen y según los contenidos, variedad, volumen y pesos especificados en la propuesta y aceptados por el contratante. 4. Proveer los elementos desechables (vasos, platos, pocillos, cubiertos, termos para el agua, servilletas, pitillos entre otros) necesarios para la prestación del servicio. 5. Cumplir los ciclos de minutas propuestas por el Contratante. 6. Dispensar el menú hasta las camas de los pacientes en sus respectivas habitaciones y de acuerdo al régimen dietético señalado por los Médicos y/o dietista al servicio del hospital

Contratante. 7. Retirar la loza y los demás elementos de las habitaciones cada vez que los pacientes hayan ingerido los alimentos. 8. El contratista debe garantizar la continuidad de

la prestación del servicio durante el tiempo de la duración del contrato. 9. Cumplir con las normas higiénico-sanitarias para preparación y manipulación de alimentos según el Decreto 3075 de 1997. 10. Responder por la buena calidad del objeto contratado. 11 Llevar el control diario de la alimentación y utilizar alimentos de primera calidad en la preparación de la alimentación. 12. Presentar un plan de desinfección, para aprobación del supervisor del contrato, dentro de los ocho (8) días siguientes a la selección del contratista, del área a utilizar en la elaboración de los alimentos. 13. y las demás que puedan surgir en cumplimiento del objeto contractual de la presente invitación.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los treinta (30) días del mes de enero 2026.

MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ
GERENTE
E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
EL PLAYÓN – SANTANDER


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 36.564.226
OROZCO BARON
APELLIDOS
ROSALIA MINERVA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1968
EL PIÑON
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
04-MAY-1987 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2707400-00177807-F-0036564226-20090914
0016033975A 1
32668110

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290267471

PIB
09:14:19

Bogotá DC, 29 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) ROSALIA MINERVA OROZCO BARON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36564226:

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 jueves 29 de enero de 2026, a las 09:08:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	36564226
Código de Verificación	36564226260129090808

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:13:14 AM horas del 29/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **36564226**

Apellidos y Nombres: **OROZCO BARON ROSALIA MINERVA**

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

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, 29/01/2026 09:31:46 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **36564226** y Nombre: **ROSALIA MINERVA OROZCO BARON.**

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. **133758785** . 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

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 09:10:13 horas del 29/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **36564226,** Apellidos y Nombres **OROZCO BARON ROSALIA MINERVA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO** , con NIT **804005555-5** 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

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 36564226 **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 29/01/2026 09:25 AM

Código Verificación: **AZHDMNT6XJ**

Válida hasta: **29/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141119815597

(415)7707212489984(8020) 000014111981559 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 6 4 2 2 6	9	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	3 6 5 6 4 2 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OROZCO	BARON	ROSALIA	MINERVA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	El Playón 2 5 5

41. Dirección principal: CL 15 6 51 BRR EL CENTRO

42. Correo electrónico: rosaliao743@gmail.com

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

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 4 9																									

- No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																			

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		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: OROZCO BARON ROSALIA MINERVA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 5[illegible]816-6d6d-4c5c-ba1c-91bdb0e7fc5f

Nombres y apellidos / Full name

ROSALIA MINERVA OROZCO BARON

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

3 6 5 6 4 2 2 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

15/10/1968

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3212280890

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				
COVID SINOVAC	Primera	25	9	2021	Sinovac	C202106110	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
COVID SINOVAC	Segunda	23	10	2021	Sinovac	C202106110	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ RODRIGUEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ROSALIA MINERVA OROZCO BARON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.564.226**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Bogotá, Enero / 29 de 2026

Señor (a): ROSALIA MINERVA OROZCO BARON
CC. 36564226
CL 15 N 6 51 EL PLAYON S TADER
EL PLAYON

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Agosto / 1 de 2017, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

El Playón, 30 de enero de 2026

Señora
ROSALIA MINERVA OROZCO
El Playón Santander

REF: Comunicación de aceptación de propuesta y Adjudicación de contrato

Me permito comunicarle que la oferta presentada por usted en la oficina de Gerencia, cumplió y reunió los requisitos señalados en la Invitación con las siguientes especificaciones:

OBJETO: "CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER"

VALOR: TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($13.500.000)

PLAZO DE EJECUCIÓN: CINCO (05) MESES Y/O HASTA AGOTAR LOS RECURSOS.

Para la suscripción, ejecución del contrato presentarse dentro de Un (01) día siguiente al recibido de la presente comunicación.

Para la suscripción, ejecución del contrato favor aceptar el respectivo contrato en la plataforma SECOP 2, en un plazo máximo de Un (01) día siguiente al recibido.

Las inquietudes que puedan presentarse, por favor diríjase a Oficina de Gerencia a la dirección dirección Carrera 5 # 13 - 34 del municipio de El Playón, Santander, celular 3138248782, o al correo electrónico gerencia@esesantodomingosavioelplayon.gov.co

Cordialmente,

MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO