

El Playón, 23 de junio 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: VEINTE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE (\$20.250.000).

PLAZO DE EJECUCIÓN: SEIS (06) MESES Y/O HASTA AGOTAR LOS RECURSOS.

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.
Se servirá en las áreas de hospitalización, en los siguientes rangos: |
| 7 | Lugar y horario de suministro | 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:

PERSONA NATURAL O JURÍDICA CON CAPACIDAD DE EJECUTAR EL CONTRATO Y CUYA ACTIVIDAD ECONÓMICA TENGA RELACIÓN CON EL OBJETO.

Experiencia acreditada: Haber ejecutado como mínimo un (1) contrato de suministro de alimentación — hospitalaria, institucional o colectiva — cuyo valor sea igual o superior al cincuenta por ciento (50%) del presupuesto oficial del presente proceso, es decir, igual o superior a **DIEZ MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL PESOS M/CTE (\$10.125.000).**

Teniendo en cuenta que la presente contratación no requiere la obtención de varias ofertas, se verificará que el oferente cumpla con los requisitos de habilitación e idoneidad, para lo cual deberá allegar la siguiente documentación:

DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN LA PROPUESTA.

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

N.º	Requisito	Persona Natural	Persona Jurídica
1	Carta de presentación de propuesta firmada por el oferente o su representante legal	X	X
2	Cédula de ciudadanía del oferente o representante legal	X	X
3	Copia del NIT / RUT con actividad económica relacionada con suministro de alimentos	X	X
4	Certificado de matrícula mercantil vigente	X	X
5	Certificado de existencia y representación legal con vigencia no mayor a 30 días y objeto social relacionado con el suministro de alimentos	N.A.	X
6	Propuesta económica con precios unitarios por tipo de ración	X	X
7	Acreditación de experiencia específica: mínimo 1 contrato de suministro de alimentos por valor $\geq$ 50% del presupuesto oficial	X	X
8	Certificado de curso de manipulación de alimentos vigente del oferente y/o del personal manipulador a su cargo (Resolución 2674/2013, Art. 13)	X	X

9	Certificado de cumplimiento de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral — Art. 50, Ley 789 de 2002	X	X
10	Certificado de antecedentes disciplinarios — Procuraduría General de la Nación	X	X
11	Certificado de antecedentes fiscales — Contraloría General de la República	X	X
12	Certificado de antecedentes penales — Policía Nacional	X	X
13	Medidas correctivas — RNMC (Registro Nacional de Medidas Correctivas)	X	X
14	Registro de Deudores Alimentarios Morosos — REDAM	X	X
15	Documento que acredita conformación de Consorcio o Unión Temporal (<i>solo si aplica</i>)	N.A.	N.A.
16	Certificado de inscripción en el RUP (<i>no obligatorio para régimen especial E.S.E.</i>)	N.A.	N.A.

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, junio 02 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, 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 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 incurso 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)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OROZC	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BARON	NOMBRES ROSALIA MINERVA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 36564226	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES 10 AÑO 1968 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO EL PIÑÓN	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 15 6 51 BARRIO EL CENTRO PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER MUNICIPIO EL PLAYÓN 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		BÁSICA 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 (TECNOLÓGICA 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

Josefa Orozco Barón

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

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

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="36564226"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="SANTANDER"/>	Municipio <input type="text" value="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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="SANTANDER"/>	Municipio <input type="text" value="EL PLAYÓN"/>
Dirección	<input 13-34"]"="" 5="" cra="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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☒

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☒

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☒

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

☒

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

☒

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:

--

Acta de Grado

Inscripción S. E.

DANE 34700-100865

En la ciudad de Santa Marta a los Ventidos (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

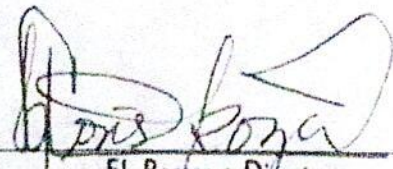
OROZCO BARON, firmado y sellado por HUGO ALONSO OROZCO OROZCO

(Rector) y MIRIAM MOLINARES

(Secretario).

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

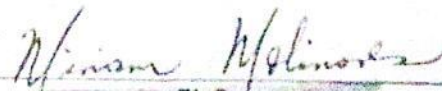
Firmado y Sellado


El Rector o Director

c. c. No. 18.687.358 de B/quilla



RECTORIA


El Secretario

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

DIPLOMA No. 36.555.135

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 los siguientes contratos con la E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO de EL PLAYÓN SANTANDER, los cuales relaciono a continuación:

CONTRATO HSDS-SUM-011-2024

OBJETO: SUMINISTRO DE ALIMENTACION PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DEL PLAYON-SANTANDER

PLAZO: TRES (03) MESES.

FECHA INICIAL: PRIMERO (01) DE ENERO DE 2024

ESTADO: LIQUIDADO.

FECHA FINAL: TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DE 2024

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-CPS-086-2024

OBJETO: CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACION PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYON-SANTANDER

PLAZO: TRES (03) MESES.

FECHA INICIAL: VEINTIDOS (22) DE MAYO DE 2024

ESTADO: LIQUIDADO.

FECHA FINAL: VEINTIUNO (21) DE AGOSTO DE 2024

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-CPS-135-2024

OBJETO: CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACION PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYON-SANTANDER

PLAZO: TRES (03) MESES.

FECHA INICIAL: VEINTITRES (23) DE AGOSTO DE 2024

ESTADO: LIQUIDADO.

FECHA FINAL: TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2024

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-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.

CONTRATO HSDS-SUM-058-2026

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: CINCO (05) MESES.

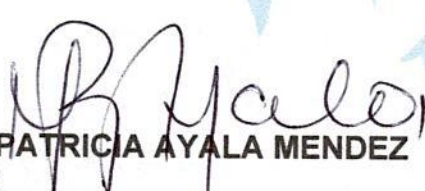
FECHA INICIAL: TREINTA (30) DE ENERO DE 2026.

ESTADO: VIGENTE.

FECHA FINAL: VEINTINUEVE (29) DE JUNIO DE 2026.

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 doce (12) días del mes de junio 2026.



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



EL CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO

CERTIFICA

Que ROSALIA MINERVA OROZCO BARON identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 36564226 de Santa Marta, realizó y aprobó el curso de HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS, con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en El Playón, a los siete (7) días del mes de septiembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

GUSTAVO RAMIREZ PEÑALOZA
Subdirector (E) CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL SANTANDER

SENA: Una Organización con Conocimiento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.564.226

OROZCO BARON

APELLIDOS

ROSALIA MINERVA

NOMBRES

Rosalía Orozco Baron

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

15-OCT-1968

EL PINON
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

04-MAY-1987 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 2707400-00177807-F-0036564226-20090914

0016033975A 1

32688110

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297869502



PIB

13:35:09

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de junio 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 Política 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>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento 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.



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 viernes 12 de junio de 2026, a las 13:33:02, 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	36564226260612133302

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:25:34 PM horas del 12/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **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.



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, 12/06/2026 01:29:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **36564226 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. **142006257** . 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 Búsqueda

Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



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 13:28:19 horas del 12/06/2026, 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>



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 12/06/2026 01:31 PM



Código Verificación: **CT8NDJLYGB**

Válida hasta: **10/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141119815597	
(415)7707212489984(8020) 0000141119815597					
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	
COLOMBIA		1 6 9		Magdalena	
30. Ciudad/Municipio		4 7		Santa Marta	
0 0 1					
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre	
OROZCO		BARON		ROSALIA	
34. Otros nombres				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				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código	
49. Fecha inicio actividad		50. Código		51. Código	
1 0 8 4		2 0 1 2 0 5 0 5		1 2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código					
4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2024-08-28 / 07:40:59AM					
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					
Fecha generación documento PDF: 12-06-2026 01:37:46PM					

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.



**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 12 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
I. TRÁMITE			
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	23/06/2026 14:08:29	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	804005555	E.S.E. IPS CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SAVIO	KR 5 13 34 CENTRO	75629

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	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)	3861001	3
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 5 N 13 34		EL PLAYON	Santander

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR				
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
CC	36564226	OROZCO	BARON	
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
ROSALIA MINERVA		15/10/1968	CALLE 15 6-49	
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
EL PLAYON	0	3212280890	ROSALIAO743@GMAIL.COM	F
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		
BR EL CENTRO		Urbana		
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO	
Salud Total S.A. E.P.S.	2	Porvenir	3	
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO	
Mes Anticipado		24/6/2026	20250000	
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE	
ADMINISTRATIVO	24/6/2026	22/12/2026	NO	
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC		



SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE
AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302386051

0	3375000	1750905	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR	
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3861001	3	

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																								
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X																
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X																
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X																

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES				
NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE		DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.			SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE: _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE: _____	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL NOMBRE: _____				

El Playón, 23 de junio 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: VEINTE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE (\$20.250.000).

PLAZO DE EJECUCIÓN: SEIS (06) 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 dirijase 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