

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA
(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formato Único de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

INSTRUCCIONES GENERALES:

Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :

- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

I. Identificación:

En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

ORDEN: Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

TIPO: Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	TIPO
O1	MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
O2	SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
O3	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
O4	ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
O5	EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO
O6	SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA
O8	OTRO

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	CLASE
11	SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS
12	SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO
13	SOCIEDADES CIVILES
14	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES
15	SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES)
16	OTRA

II. Servicios:

Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

III. Experiencia y Situación Actual:

En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

IV. Representante Legal o Apoderado:

Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "sí" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN		OXI-REPUESTOS SAS	
SIGLA		NIT No. 901064451-1	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :		PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :	
ORDEN NAL. ☐ DPTL. ☐ DIST. ☐ MPL. ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? _____		TIPO ☐ 03 (VER AL RESPALDO)	
CLASE ☐ (VER AL RESPALDO)			
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MAGDALENA	
MUNICIPIO FUNDACION		DIRECCIÓN CARRERA 9 N. 10-52	
TELÉFONOS 4141971		FAX	
APARTADO AÉREO			
3126215267			

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD	
1	DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICINALES
2	
3	
4	
5	
6	

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :					
ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	X		3013101954		30.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO SARMIENTO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARTINEZ	NOMBRES MARIA ELSA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE :	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN
C.C. ☒ C.E. ☐ PASAPORTE ☐	57.400.398	Representante Legal ☒ Apoderado ☐	\$ 200.000.000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES :

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
 MARIA ELSA SARMIENTO MARTINEZ C.C. No. C.C. No. 57.400.398 de Fundación	AGOSTO 04/26

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CIUDAD Y FECHA
---------------------------------------	----------------

N.I.T.:901.064.451-1
DISTRIBUIDOR DE GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES
Carrera 8 No. 13 – 12 Tel.: (5) 414 1971- 3126215267 E-Mail: mariasarmiento44@hotmail.com
FUNDACIÓN MAGDALENA

agosto 01 del 2026

Fundación magdalena

RESEÑA HISTÓRICA

El Almacén Oxi-Repuestos S.A.S abrió sus puertas al público en el año 1993. Está matriculado en la Cámara de Comercio de Santa Marta con el número 186884 del 17 de Marzo de 2017 y, además, certificado por el **INVIMA** bajo resolución número 2023038801 del 23 de julio de 2023.

Es una entidad privada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Su objetivo social es la prestación de servicios y suministros de gases industriales y medicinales. Su jurisdicción comprende principalmente los departamentos de Atlántico, Magdalena y Cesar pero cuenta con cobertura para toda la Costa Atlántica.

MISION

Somos una organización de un alto grado de eficiencia; brindamos servicios de calidad en el suministro de gases medicinales a hospitales, clínicas particulares y pacientes en cuidado crítico, suministro de equipos acompañados de charlas educativas para una óptima utilización del servicio proyectados en satisfacer las necesidades de los usuarios que lo requieran. Utilizamos la mejor y más moderna tecnología, contamos con un recurso humano altamente calificado para ofrecer servicios confiables, eficientes y oportunos. Servimos a la mayor parte de la población para la promoción de nuestros servicios y aumentar la cobertura para un mejor desarrollo de la calidad humana.

VISION

Nos proponemos en poco tiempo ser la mejor opción en la comercialización, en equipos e instalaciones de gases medicinales en toda la región, para atender de manera eficiente, eficaz y oportuna a todas las personas que utilicen nuestros servicios y proporcionárselos al más alto nivel.

Constituirnos en la más grande comercializadora con proyección social y un alto sentido humano

POLITICAS DE CALIDAD

Es política de calidad del Almacén OXI-RESPUESTO S.A.S satisfacer las necesidades de nuestros clientes garantizándoles la prestación de un servicio confiable, innovando en la tecnología, con personal idóneo que permita el mejoramiento continuo en los procesos que nos permitan ser reconocidos como una empresa con sentido social.

OBJETIVOS DE CALIDAD

1. Actualizar oportunamente las técnicas y equipos de trabajo.
2. Actualizamos permanente mente el nivel de competencia de los empleados.
3. Actualizamos continuamente el proceso del sistema de gestión de la calidad.
4. Actualizamos el nivel de satisfacción de los clientes en la prestación del servicio.

PORTAFOLIO

Es de nuestro agrado presentar nuestro portafolio de servicios y suministros.

1. COMERCIALIZACIÓN DE GASES MEDICINALES E INDUSTRIALES

- Oxígeno Gaseoso Medicinal
- Oxígeno Líquido Medicinal
- Oxígeno industrial
- Nitrógeno Gaseoso y Líquido
- Acetileno
- Argón
- CO₂

- Gases Especiales
- Mezclas de Gases Especiales (Ej. Gases Arteriales)
- Oxihelio (Para tratamientos en UCI)
- Aire medicinal

2. EQUIPOS DESCARTABLES

- Equipos Secundarios para el consumo de los Gases (Reguladores para diferentes Gases - Eyectores - Reguladores de Vacío - Fluxómetros dobles y sencillos - acoples - Mangueras - Frascos de succión de policarbonato etc.)
- Descartables (Los más comunes: Humidificador - catéter - Kit Nebulización - sondas - frascos de succión desechables y reutilizables mascarar - Tubos endotraqueales - Cánulas - Bolsas desechables- Carros porte frascos de succión - Etc.
- Equipos mayores (Ventiladores - Monitores - Columnas y Paneles - Compresores - Bombas de Succión - Maquinas de Anestesia - Etc.

3. INSTALACIONES – MANTENIMIENTO

- De Central y Redes para Gases Medicinales, según Normas Técnicas.
- Suministro e Instalación de Central y Redes para Gases Medicinales
- Mantenimiento preventivo de Centrales y Redes para Gases Medicinales.

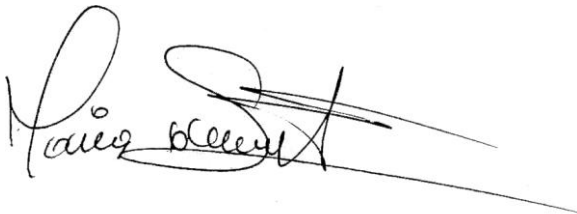
4. OTROS SERVICIOS

- Medicinal (Cilindros para Transporte Intra Hospitalario)
- Reparaciones de fugas de Gases Medicinales - Evaluaciones del estado de las redes.
- Arriendo Cilindros
- Fletes de cilindros
- Fletes Criogénicos
- Arriendo Tanques

5. CAPACITACIONES

- Charlas dirigidas a todos los niveles de la Institución. Entre otras las siguientes están:
- Sobre Central y Redes de gases. Oxigenoterapia
- Seguridad en el manejo y uso de Gases. Calidad y Regulación de Gases Medicinales. De cualquier Gas que se solicite.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'María E. Sarmiento Martínez', with a long horizontal line extending from the end of the signature.

MARÍA E. SARMIENTO MARTÍNEZ
Gerente Propietaria

ALMACÉN **OXI – REPUESTOS S.A.S**



DISTRIBUIDOR DE GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES

N.I.T.: 901.064.451-1

Carrera 8 No. 13 – 12 Tel.: (5) 414 1971 Cel. 312 6215267

E-Mail: mariasarmiento44@hotmail.com

Fundación, Magdalena AGOSTO 01 de 2026

PROPUESTA ECONOMICA

**HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON
PLATO MAGDALENA**

FORMA DE SUMINISTRO

1. Vehículos de buenas condiciones mecánicas con documentación vigente.
2. Vehículos con normas para transporte de gases.
3. Conductores con certificado para transporte de mercancías peligrosas
4. Cilindros con capacidad 6.5m³ y 10m³ para el caso del oxígeno.

CONDICIONES DE LA PROPUESTA

Mediante contrato u orden de suministro y las exigidas para tal fin.

ALMACÉN OXI – REPUESTOS S.A.S



DISTRIBUIDOR DE GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES

N.I.T.: 901.064.451-1

Carrera 8 No. 13 – 12 Tel.: (5) 414 1971 Cel. 312 6215267

E-Mail: mariasarmiento44@hotmail.com

VALOR

Por medio de la presente le adjunto los precios de los productos solicitados por usted

PRODUCTO	UNID	PRECIO UNIT	PRECIO TOTAL
OXIGENO MEDICINAL DE 6.5M3	1	\$ 105.000	\$105.000
TERMO OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL	1	\$ 1.250.000	\$1.250.000
Total			

*estos precios solicitados por ustedes incluyen Transporte .

FORMA DE PAGO

La propuesta tiene validez a un mes (1) partir de la fecha de recibida la Propuesta.

MARIA ÉLSA SARMIENTO MARTINEZ
C.C. No. C.C. No. 57.400.398 de Fundación



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:18:39 PM horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **57400398**

Apellidos y Nombres: **SARMIENTO MARTINEZ MARIA ELSA**

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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO



	Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Lícitas.	Código: PFO-SARLAF-0104-03-01	
	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Vigencia: 2018-2023	
FECHA: 01 5 2026		Versión: 1	copia controlada

SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL			
NOMBRE COMPLETO		TIPO ID	
NÚMERO ID	DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	
TELÉFONO (PRINCIPAL):	CELULAR:	OTRO:	
EMAIL:			
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: ☐ SI / ☐ NO		¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: ☐ SI / ☐ NO	
¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: ☐ SI / ☐ NO			
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ☐ SI / ☐ NO			

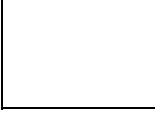
SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA			
RAZON SOCIAL		NIT:	
OXI- REPUESTOS SAS		901064451-1	
DIRECCIÓN: carrera 9 n. 10-52 barrio alfonso lopez			
CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	
fundacion	MAGDALENA	COLOMBIA	
TELÉFONO (PRINCIPAL):	OTROS:	FAX:	
3126215267			
EMAIL:	CELULAR:	PÁGINA WEB	
mariasarmiento44@hotmail.com	3216215267		
CIUDADES		SUCURSALES:	
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ☐ SI / ☐ NO			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRE DEL CONTRATISTA/REPRESENTANTE LEGAL	MARIA SARMIENTO MARTINEZ	Documento de Identificación	57400398
		Teléfono Directo	
		e-mail	mariasarmiento44hotmail.com
Es persona expuesta públicamente? ☐ SI ☐ No			

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES			
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: ☐ SI / ☐ NO	IMPORTACIONES: ☐ SI / ☐ NO	EXPORTACIONES: ☐ SI / ☐ NO	
INVERSIONES: ☐ SI / ☐ NO	PRESTAMOS: ☐ SI / ☐ NO	¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: ☐ SI / ☐ NO	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla (detallar ocupación, oficio, actividad o negocio):

EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:
DECLARACIONES
Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.
Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.
Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:
1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo

	Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.		Código: PFO-SARLAF-0104-03-01		
	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo		Vigencia: 2018-2022		
FECHA:	AA	MM	DD	Versión: 1	copia controlada
(amos) a mantener indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes legales, administradores y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo (nosotros) hubieremos proporcionado. 9. Conforme al Art. 83 de la Constitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el presente formato son correctos y fiel expresión de la verdad. Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo (amos) de manera voluntaria el uso y tratamiento de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo establecido en la LEY 1581 de 2012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.					
 MARIA ELSA SARMIENTO MARTINEZ C.C. No. C.C. No. 57.400.398 de Fundación				Fundacion JUNIO 02/26	
FIRMA CONTRATISTA		HUELLA		CIUDAD Y FECHA	
La información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.					
ASPECTOS GENERALES					
ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.					
Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: gerencia@hospitalfrayluis.gov.co					
OBSERVACIONES					
					



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 57400398 **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 01/07/2026 03:38 PM



Código Verificación: **CLWYGD46XK**

Válida hasta: **29/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:34:42 horas del 12/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **57400398**, Apellidos y Nombres **SARMIENTO MARTINEZ MARIA ELSA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **OXIREPUESTOS**, con NIT **901064451-1** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Tipo de declaración Fecha de publicación

Razón social

NIT
 DV

Lugar de ubicación
País Departamento Municipio

Clase de entidad

Si es otra, cual?

Actúa en carácter de Representante Legal Sí ☒ No ☐

Servicios de la entidad:

Nombres y apellidos completos del representante legal			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARÍA	ELSA	SARMIENTO	MARTINEZ

Documento de identificación del representante legal
Tipo Número

Lugar de nacimiento del representante legal
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio del representante legal
País Departamento Municipio

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

HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO

Lugar de sede

País COLOMBIA

Departamento MAGDALENA

Municipio PLATO

Dirección ["Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores"]

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

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE OXIREPUESTOS SAS.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo OXIREPUESTOS SAS en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales	\$1.259.304.000,00
Ingresos no operacionales	\$63.000,00
Otros	
TOTAL	\$1.259.367.000,00

Las cuentas bancarias de OXIREPUESTOS SAS 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	\$94.196.000,00

Los bienes patrimoniales de OXIREPUESTOS SAS son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO	COLOMBIA	MAGDALENA	FUNDACIÓN	\$497.153.000,00

Las acreencias y obligaciones vigentes de OXIREPUESTOS SAS a la fecha son:

Concepto	Saldo
PROVEEDORES	\$1.532.000,00

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de OXIREPUESTOS SAS, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL.

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual OXIREPUESTOS SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí ☐ No ☒

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual OXIREPUESTOS SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual OXIREPUESTOS SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí ☐ No ☒

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual OXIREPUESTOS SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual OXIREPUESTOS SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí ☐ No ☒

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual OXIREPUESTOS SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿OXIREPUESTOS SAS realizó donaciones?

Sí ☐ No ☒

Las donaciones realizadas por OXIREPUESTOS SAS que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

Nombre entidad	Valor

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

OXIREPUESTOS SAS, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) 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 son: