EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL META

1. **Objeto del Contrato a Celebrarse:**

   MEJORAR LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACION MIGRANTE NO REGULARIZADA MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO A DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR LA PRESTACION DE SERVICIOS A ESTA POBLACION

2. **Perfil Requerido**

   Que dicho prestador deberá tener habilitados los servicios de salud, ante la Secretaria de Salud del Meta, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1011 de 2006, buscando garantizar los servicios de salud de primer nivel de complejidad.

   2.1 Idoneidad: Prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel.
   El prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud y que haya declarado los servicios de acuerdo a la modalidad y complejidad contratada, según Certificación expedida por la Secretaria de Salud de los servicios habilitados.

Perfil del proveedor

Nombre: ***HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E*** / Número de Identificación: NIT 800037021-7
Representante Legal: ***JESUS EMILIO ROSADO SARABIA*** / Documento de Identificación: **72.151.796 *expedida en Barranquilla.***

a. **Experiencia**

ENTIDAD	CARGO	SOPORTE	INICIO	FIN	AÑOS	MESES	DIAS
TOTAL EXPERIENCIA							

En relación a la experiencia se tiene en cuenta la consulta que se realiza en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, verificando los servicios habilitados por la ***HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E,*** para evidenciar que cuenta con los servicios de salud a contratar.

b. Que el objeto social se ajusta al objeto a contratar.
   Aplica que sea una IPS habilitada.

c. Que el proveedor tiene el respaldo financiero necesario para ejecutar el presente proceso.

   No aplica

d. Que el proveedor no tiene vigentes sanciones por parte de los organismos de control. Se verifica que no se encuentre incurso en inhabilidades e incompatibilidades para contratar.

En mérito de lo expuesto,

CERTIFICA

Que ***HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E*** identificado (a) tributariamente con el NIT. No. 800037021-7, representada legalmente por ***JESUS EMILIO ROSADO SARABIA*** identificado (a) con la cédula de ciudadanía No **72.151.796** ***expedida en Barranquilla***. Cuyo objeto social es: Es la prestación de los servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del sistema general de seguridad social en salud, según consta en el Decreto de Creación No.307 de 2003.

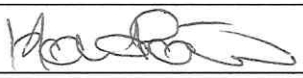
En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, mediante la revisión de los documentos solicitados, de conformidad con lo requerido por los estudios previos; y de acuerdo con lo evidenciado en los documentos aportados como las declaraciones de renta, estados financieros y la experiencia se demostró que el proveedor tiene la capacidad económica, la idoneidad y experiencia, necesarias para ejecutar las actividades y dar cumplimiento del objeto a contratar.

Que***" HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E"*** diligenció el Formato Único de Hoja de Vida, con el que se anexa los siguientes documentos (se diligencia de acuerdo a lo adjunto en la plataforma del SECOP II por proveedor):

No.	DOCUMENTO	APLICA	NO APLICA
1	Oficio del proponente presentando la propuesta.	X	
2	Propuesta	X	
3	Certificado de existencia y representación Legal y/o documento que haga sus veces expedido por la autoridad competente	X	
4	Acreditar estados financieros mediante balances a diciembre del año inmediatamente anterior certificados por el contador y/o revisor Fiscal	X	
5	Certificado del Registro especial de prestadores de servicios de salud.	X	
6	Certificación expedida por el representante legal y/o revisor fiscal, donde acredite que se encuentra a paz y salvo con los aportes a seguridad social y parafiscal durante los últimos 6 meses. (Persona Jurídica)	X	
7	Copia del Registro Único y Tributario RUT actualizado según Resolución No. 139 del 26 de noviembre de 2012, expedida por la DIAN	X	
8	Acreditar y Verificar que no se encuentra impedido o inhabilitado para suscribir contratos con el Estado-Departamento del Meta, en caso de no adjuntarse la entidad verificará el SIRI.	X	
9	Acto Administrativo de Nombramiento del Representante Legal y Acta de Posesión del Representante Legal	X	
10	Documento de identificación, (copia de ambas caras legibles)	X	
11	Copia de libreta militar legible y/o certificado de su situación militar definida (hombres menores de 50 años). Este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.	X	

12	Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o persona jurídica)	X	
13	Certificado de antecedentes fiscales expedido por Contraloría General de la República inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o jurídica)	X	
14	Certificado de antecedentes Penales expedido por Policía Nacional de Colombia inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o jurídica)	X	
15	Certificación de antecedentes de delitos sexuales expedido por la Policía Nacional de Colombia. De acuerdo al Decreto 753 de 2019	X	
16	Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente de acuerdo a la ley 2097 del 2 de julio del 2021	X	
17	Allegar Constancia de Pago de Tasa a la Superintendencia Nacional de Salud, no es habilitante, pero necesario en caso de requerir confirmación sobre ausencia o existencia de multas.	X	
18	Copia de Póliza de Responsabilidad Civil o por Actividad Médica.	X	
19	Soportes que acrediten la experiencia, (un solo archivo pdf)	X	
20	Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (fecha de expedición no superior a 90 días)	X	
21	Allegar requisitos del Decreto 4747 de 2007 artículo 5.A, los cuales serán factor de selección: **A)** Portafolio de Servicios, **B)** Habilitación de los servicios por prestar, **C)** Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida. **D)** Modelo de prestación de servicios definido por el prestador. **E)** Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	X	

Se expide, en Villavicencio a los veinticinco (25) días del mes julio de Dos mil Veintidós (2.022).

Firma:		Firma:	
Nombre	Mónica Parra Rodríguez	Nombre	Jhonatan David Neira
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Secretario de Salud del Meta
Proyectó		Aprobó	

Nota: Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.