Ciudad y fecha	FLORENCIA, MARZO DE 2024
Lugar	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Hora	10:00 A.M.
Asunto	ACTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCION, PROMOCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA.
Valor	$12.320.000

1. **VERIFICACIÓN JURÍDICA.** La realiza:

Nombre y apellidos	Funcionario*	Cargo	Contratista*	Objeto del contrato
SANDRA LILIANA VALLEJO RODRÍGUEZ	X	Secretaria de Salud Municipal	N/A	N/A

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
Carta de presentación de la propuesta	X		X		
Hoja de Vida en formato SIGEP debidamente diligenciada y validada	X		X		Código de Validación:
Fotocopia del documento de identidad	X		X		CC X CE No. 40.784.906
Fotocopia título de formación exigido	X		X		Programa académico: Técnico Laboral por Competencias en Asistente en Saneamiento Ambiental Institución Educativa: PONAO F/expedición: 15/12/2017
Fotocopia acta de grado	X		X		Acta de grado No.: ACTA DE GRADO INDIVIDUAL F/expedición: 15/12/2017
Fotocopia de la Tarjeta Profesional		X			No.: N/A
Fotocopia título de formación en postgrado		X			Programa académico: N/A Institución Educativa: N/A

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
Fotocopia del acta de grado del título de postgrado		X			Acta de grado No. N/A F/expedición N/A
Registro Único Tributario	X		X		08/02/2023
Certificado Paz y Salvo Municipal	X		X		28/02/2024
Certificaciones que acrediten experiencia	X		X		Presenta Si X No Numero
Certificaciones que acrediten formación exigida	X		X		Presenta Si X No Numero
Certificado de Salud Pre Ocupacional	X		X		Presenta Si X No Fecha 09/03/2024
Verificación de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. Vigente	X		X		F/Expedido 28/02/2024 Vigente Registra inhabilidades o sanciones Si / No X
Verificación de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República. Vigente	X		X		F/Expedido 28/02/2024 Vigente Reportado como responsable fiscal Si / No X
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente	X		X		F/Expedido 28/02/2024 Vigente Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales Si / No x
Verificación de certificado de medidas correctivas	X		X		F/Expedido 28/02/2024 Vigente Tiene medidas correctivas en firme Si / No X

A= aplica **NA** = No Aplica **C** = cumple **NC** = No Cumple

2. VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE:

TIPO DE EXPERIENCIA EXIGIDA												TIEMPO				
General		Profesional		Relacionada	X	Docente						Meses		Días		
NO. DE CONTRATO O DE NOMBRAMIENTO	OBJETO/CARGO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN			TIPO DE EXPERIENCIA				RESULTADO		TIEMPO		
		D	M	A	D	M	A	G	P	R	D	C	NC	A	M	D
Nombramiento Código 412, Grado 06	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD	02	11	2018	08	03	2024	X				X		5	3	
097 – 16/02/2017	CONTRATISTA	21	02	2017	30	12	2017	X				X			10	
493 – 12/09/2016	CONTRATISTA	15	09	2016	30	12	2016	X								
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA														5 años, 3 tres meses.		

TIEMPO: D=Día **M**=Mes **A**=Año **EXPERIENCIA: G**=General **P**=Profesional **R**=Relacionada **D**=Docente

RESULTADO, EXPERIENCIA TOTAL EN MESES:

LABORAL (GENERAL)			RELACIONADA			DOCENTE		
TIEMPO	C	NC	TIEMPO	C	NC	TIEMPO	C	NC
	X		5 años, 3 tres meses.	X		N/A		

C = Cumple **NC** = No Cumple

3. VERIFICACIÓN DE FORMACIÓN:

FORMACIÓN EXIGIDA	A	NA	C	NC	ENTIDAD CAPACITADORA	FECHA (DD/MMM/AAA)	INTENSIDAD HORARIA
Técnico Saneamiento Ambiental	X		X		PONAO	15/12/2017	1200 Horas

A= aplica **NA** = No Aplica **C** = cumple **NC** = No Cumple

4. VERIFICACIÓN PROPUESTA TÉCNICA Y ECONOMICA:

EL proponente invitado presenta una propuesta técnica ajustada a las condiciones de la entidad.

5. RESUMEN:

CRITERIOS VERIFICADOS	C	NC
Capacidad Jurídica	X	
Económico	X	
Educación	X	
Experiencia	X	
Formación	X	
Habilidades	X	
Propuesta técnica	X	

C = Cumple **NC** = No Cumple

6. RECOMENDACIÓN

Por lo anterior, los abajo firmantes, recomiendan suscribir el respectivo contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión con el proponente evaluado.

Una vez leída el acta se firma por los participantes en señal de aprobación,

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
SANDRA LILIANA VALLEJO RODRÍGUEZ	Secretaria de Salud Municipal	