Ciudad y fecha	FLORENCIA, SEPTIEMBRE 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 PREVENCIÓN, PROMOCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA.
Valor	$7.392.000

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

Nombre y apellidos	Funcionario*	Cargo	Contratista*	Objeto del contrato
SANDRA LILIANA VALLEJO RODRIGUEZ	X	SECRETARIA DE SALUD MUNICIAL		

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 — C: — CE: — No. 40.784.906
Fotocopia título de formación exigido	X		X		Programa académico: TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ASISTENTE EN SANEAMIENTO AMBIENTAL Institución Educativa: PONAO F/expedición: 11-12-2021
Fotocopia acta de grado	X		X		Acta de grado No.: ACTA DE GRADO INDIVIDUAL F/expedición: 15-12-2017

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES							
Fotocopia de la Tarjeta Profesional		X			No.	N/A						
Fotocopia título de formación en postgrado		X			Programa académico	N/A						
					Institución Educativa	N/A						
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		40.784.906 - 7							
Certificado Paz y Salvo Municipal	X		X		30/07/2024							
Certificaciones que acrediten experiencia	X		X		Presenta	Si	X	No		Numero	04	
Certificaciones que acrediten formación exigida	X		X		Presenta	Si	X	No		Numero	02	
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	16/09/2024			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	16/09/2024			Vigente			
					Reportado como responsable fiscal				Si			
									No	X		
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente	X		X		F/Expedido	16/09/2024			Vigente			
					Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales				Si			
									No	X		
Verificación de certificado de medidas correctivas	X		X		F/Expedido	16/09/2024			Vigente			
	X				Tiene medidas correctivas en firme				Si			
	X		X						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
20240244	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION	05	04	2024	04	09	2024			X		X			5	
GOBERNACION DEL CAQUETA	AUXILIAR DEL AREA DE LA SALUD CODIGO 412 GRADO 06	02	11	2018	10	01	2023							4	2	
097	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION	21	02	2017	30	12	2017			X		X			10	10
493	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION	15	09	2016	30	12	2016			X		X			3	15
INTEGRA	FUNCIONES DE SANEAMIENTO BASICO REPRESENTADO EN FUMIGACION, DESINFECCION.	01	03	2010	30	12	2010			X		X			10	
TOTAL, TIEMPO DE EXPERIENCIA														**6 años - 5 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
N/A			**6 años - 5 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
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ASISTENTE EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	X		X		PONAO	11 de Diciembre de 2021	N/A

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 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 RODRIGUEZ	Secretaria de Salud Municipal	