

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                         |                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|
| <br>ALCALDÍA DE<br>SANTIAGO DE CALI<br><br>GESTIÓN JURÍDICO<br>ADMINISTRATIVA<br>GESTIÓN<br>CONTRACTUAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y<br>GESTIÓN<br>(MIPG)<br><br>VERIFICACIÓN DE<br>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS<br>PARA CONTRATACIÓN DIRECTA | MAJA01.04.02.P007.F001 |     |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                         | VERSIÓN                | 005 |

| IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO A SUSCRIBIR |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo:                                   | DE APOYO                                                                                                               |
| Objeto:                                 | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI BP26005480 |
| Valor del contrato:                     | TRECE MILLONES NOVE-CIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$ 13,965,000 )                                            |
| Organismo:                              | Secretaría de Salud Publica                                                                                            |

| REQUISITOS DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA EXIGIDOS |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idoneidad:                                     | TECNICO - Título de formación técnica o tecnológica o aprobación de seis (6) semestres de educación superior en las modalidades de pregrado |
| Experiencia:                                   | EXPERIENCIA NO REQUERIDA.                                                                                                                   |

| IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| Nombre:                      | VICTOR ANDRES GUTIERREZ ROJAS |
| Identificación:              | 1144182209                    |

| VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS |                           |        |
|--------------------------------------------|---------------------------|--------|
| REQUISITO                                  | EVIDENCIA APORTADA        | CUMPLE |
| Idoneidad:                                 | ZOOTECNISTA               | X      |
| Experiencia:                               | EXPERIENCIA NO REQUERIDA. | X      |

|                                                                                                                                       |    |   |    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|--|
| Cumple con la presentación de los documentos solicitados y con la idoneidad y experiencia requerida para la celebración del contrato. | SI | X | NO |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|--|

Verificado por:

|            |                                      |
|------------|--------------------------------------|
| Nombre:    | Luis Guillermo Echeverry Marulanda   |
| Cargo:     | Jefe de Unidad de Apoyo a la Gestión |
| Organismo: | Secretaría de Salud Publica          |