EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL META

1. **Objeto del Contrato a Celebrarse:**
   "***DESARROLLAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DE LAS ESTRATEGIAS DE APS, IEC, ACCIONES DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO Y JORNADAS DE SALUD TIPO FESTIVAL, ZOE – CENTRO DE ESCUCHA Y DE LOS PROGRAMAS DE: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES – GEOHELMINTIASIS Y NO TRANSMISIBLES, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, EN LOS MUNICIPIOS A CARGO DE LA ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD***"

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: ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCION SALUD*** / Número de Identificación: ***822.006.595-1***
Representante Legal: ***MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ ORTIZ*** / Documento de Identificación: ***21.240.821 expedida en Villavicencio.***

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 ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCION SALUD,*** para evidenciar que cuenta con los servicios de salud a contratar.

Se verifica que no se encuentre incurso en inhabilidades e incompatibilidades para contratar.

En mérito de lo expuesto,

CERTIFICA

Que ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCION SALUD*** identificado (a) tributariamente con el NIT. No.**822.006.595-1,** representada legalmente por ***MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ ORTIZ*** / Documento de Identificación: ***21.240.821 expedida en Villavicencio***. 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.0307 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

No.	DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Propuesta	X	
2	Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por autoridad competente.	X	
3	Acreditar Estados Financieros mediante Balances a diciembre de 2022 certificados por el Contador o Revisor Fiscal.	X	
4	Certificado del Registro Especial de Prestadores de servicios de salud.	X	
5	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	
6	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	
7	Documento de identificación, (copia de ambas caras legibles)	X	
8	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.		
9	Copia del Registro Único Tributario RUT, vigente	X	
10	Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años). Este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.	-	
11	Copia de Póliza de Responsabilidad Civil o por Actividad Médica.	X	
12	Decreto de Nombramiento del Representante Legal y Acta de Posesion.		
13	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 parafiscales durante los últimos 6 meses. (Persona Jurídica)		
14	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	
15	Certificado de antecedentes fiscales expedido por Contraloría General de la República inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o jurídica)	X	
16	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional y Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC en un solo archivo pdf.	X	
17	Certificación de antecedentes de delitos sexuales expedido por la Policía Nacional de Colombia. De acuerdo al Decreto 753 de 2019.	X	
18	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 (Mientras	X	

	se implementa la plataforma de consulta, se deberá incluir dentro de su propuesta si se encuentra o no incurso en alguna demanda a manera de declaración)		
19	Hoja de Vida del Coordinador PIC: Profesional en el área de la salud, EXPERIENCIA GENERAL: Cuatro (4) años de experiencia Profesional. EXPERIENCIA ESPECIFICA: Dos (2) años de experiencia profesional especifica en el desarrollo de obligaciones o actividades del Programa de Intervenciones Colectivas. El proponente deberá entregar con la propuesta, copia de los siguientes documentos: 1) Hoja de vida debidamente firmada por cada personal propuesto. 2) Cédula De Ciudadanía. 3) La formación Académica de Pregrado deberá acreditarse con el Diploma y/o Acta de Grado respectivo. 4) Copia de la tarjeta profesional (En las profesiones que aplique). 5) Comprobante de Consulta de Rethus. 6) Certificación de antecedentes fiscales, disciplinarios, judiciales y del sistema de medidas correctivas. 7) La experiencia específica del personal se deberá acreditar mediante certificaciones. 8) Carta de Compromiso del personal para desarrollar el contrato.	X	
20	Soportes que acrediten la experiencia.	X	

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 ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCION SALUD"*** diligenció el Formato Único de Hoja de Vida, con el que se anexa los siguientes documentos

Se expide, en Villavicencio a los 26 MAR 2025

Firma:					
Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla	Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla	Nombre:	JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Cargo:	Asesor Jurídico SSM	Cargo:	Asesor Jurídico SSM	Cargo:	Secretario de Salud del Meta
Proyectó		Reviso		Aprobó	