ALCALDÍA DE FLORENCIA	CÓDIGO A2.P05.F03	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 27/05/2022
	VERSIÓN 1.0	ACTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS (CPSP y de AG)	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
			PÁGINA: 1 de 4

Ciudad y fecha	FLORENCIA, DICIEMBRE DE 2025
Lugar	SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL
Hora	4:00 PM
Asunto	ACTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES SECTORIALES E INTERSECTORIALES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO Y LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS ASOCIADOS A MICOBACTERIAS (TUBERCULOSIS Y LEPRA), INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS), EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS, PROTOCOLOS Y DIRECTRICES EMITIDOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MINSALUD), EN EL MARCO DE LAS COMPETENCIAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA.
Valor	$ 28.800.000

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

Nombre y apellidos	Funcionario*	Cargo	Contratista*	Objeto del contrato
SANDRA LILIANA VALLEJO RODRIGUEZ	x	Secretaria de Salud		

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. 1.117.529.880
Fotocopia título de formación exigido	X		X		Programa académico: BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO Institución Educativa: UNIVERSIDAD DE PAMPLONA F/expedición: 27/07/2020
Fotocopia título de formación en pregrado	X		X		Programa académico: BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO
Fotocopia acta de grado	X		X		Acta de grado No.: 650

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
					F/expedición: 27/07/2020
Fotocopia de la Tarjeta Profesional	X		X		No.: -
Fotocopia título de formación en postgrado		X		X	Programa académico: N/A Institución Educativa: N/A
Fotocopia del acta de grado del título de postgrado		X		X	Acta de grado No.: N/A F/expedición: N/A
Registro Único Tributario	X		X		1.117.529.880-2
Certificado Paz y Salvo Municipal	X		X		02/12/2025
Certificaciones que acrediten experiencia	X		X		Presenta: Si X No — Numero: 2
Certificaciones que acrediten formación exigida					Presenta: Si X No — Numero: 1
Certificado de Salud Pre Ocupacional	X		X		Presenta: Si X No — 2 — 06/04/2024
Verificación de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. Vigente	X		X		F/Expedido: 09/12/2025 — Vigente: X Registra inhabilidades o sanciones: Si / No X
Verificación de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República. Vigente	X		X		F/Expedido: 09/12/2025 — Vigente: X Reportado como responsable fiscal: Si / No X
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente	X		X		F/Expedido: 09/12/2025 — Vigente: X Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales: Si / No X
Verificación de certificado de medidas correctivas	X		X		F/Expedido: 09/12/2025 — Vigente: X 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	X	Profesional		Relacionada		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
E.S.E RAFAEL TOVAR POVEDA	Servicios Profesionales como Bacterióloga	21	08	2020	09	12	2021	X				X		1	4	-
MIOMED S.A.S	Profesional de Bacteriología	12	01	2022	19	10	2022	X				X			9	
TOTAL, TIEMPO DE EXPERIENCIA														2 AÑOS		

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
2 AÑOS	X		-	-		-	-	

C = Cumple NC = No Cumple

3. VERIFICACIÓN DE FORMACIÓN:

FORMACIÓN EXIGIDA	A	NA	C	NC	ENTIDAD CAPACITADORA	FECHA (DD/MMM/AAA)	INTENSIDAD HORARIA
Bacteriólogo Y Laboratorista Clínico	X		X		Universidad de Pamplona	27/07/2020	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	