



MUNICIPIO DE PUERTO NARE – ANTIOQUIA
ACTA DE REVISION Y ACEPTACION DE LA PROPUESTA

OBJETO: “PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REMISIONES) PARA EL HOSPITAL OCTAVIO OLIVARES DEL MUNICIPIO DE PUERTO NARE Y SU CENTRO DE SALUD DE LA SIERRA PARA LA VIGENCIA 2026”.

El día 01 de ENERO de 2026, el señor **CIRO GOMEZ BARRIOS**, Gerente de la E.S.E. HOSPITAL analizo y reviso la propuesta y los documentos soportes presentados por **CARLOS ENRIQUE BARRERA ALZATE** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 3.392.777 de Puerto Nare-ANT, quien actúa en nombre propio, donde se encontró:

VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA		DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$ 16.200.000), RECURSOS PROVENIENTES DEL SGSSS – SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	
PLAZO:		SEIS (06) MESES	
REQUISITOS PARA CONTRATAR CON EL HOSPITAL/ AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y ENFERMEROS			
DESCRIPCIÓN		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
1	PROPUESTA	SI	
2	FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA FUNCIÓN PUBLICA	SI	
3	HOJA DE VIDA DE SIGEP II DESCARGADA Y ACTUALIZADA		
4	LIBRETA MILITAR (mayores de 50 AÑOS)		
5	FORMATO DE DECLARACION DE BIENES	SI	
6	FOTOCOPIA CEDULA AMPLIADA AL 150% (de lo contrario no se recibe)	SI	
7	FOTOCOPIA DE LA TARJEA PROFESIONAL	SI	
8	CERTIFICADO MEDIDAS CORRECTIVAS (Actualizado)	SI	
9	CERTIFICADO POLICIA NACIONAL (Actualizado)	SI	
10	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE LA PROCURADURÍA (Actualizado)	SI	





11	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES DE LA CONTRALORÍA (Actualizado)	SI	
12	CERTIFICADO DE INHABILIDADES DE DELITOS SEXUALES – (Actualizados).	SI	
13	DECLARACIÓN DE NO POSEER DEMANDAS POR ALIMENTOS (REDAM) Actualizado	SI	
14	FOTOCOPIA DEL REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT) Actualizado	SI	
15	CERTIFICADO DE ESTUDIOS (DIPLOMAS Y OTROS)	SI	
16	ACTA DE GRADO	SI	
17	COPIA DEL REGISTRO ANTE LA DSS o RETHUS	SI	
18	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BASICO	SI	
19	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO	SI	
20	CARNET VACUNAS	SI	
21	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS HEPATITIS B	SI	
22	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL	SI	
23	CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA (Actualizado)	SI	
24	COPIA COLILLA PAGA SEGURIDAD SOCIAL, MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR	SI	
25	CERTIFICADO DE AFILIACION EN SALUD, PENSION Y ARL	SI	
26	POLIZA DE ESPONSABILIDAD CIVIL	SI	
27	CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL (NO MAYOR A 1 AÑO CONTIENE LO SIGUIENTE)	SI	
28	EXAMEN FISICO	SI	
29	AUDIOMETRIA	SI	
30	ESPIROMETRIA	SI	
31	VISIOMETRIA	SI	
32	EXAMEN DE LABORATORIOS (Glicemia, Hemograma, Perfil Lipídico)	SI	
33	CERTIFICADO EN BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	SI	
34	CERTIFICADO ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS	SI	
35	CERTIFICADO EN GESTIÓN DUELO	SI	
36	CODIGO FUCSIA – VIOLENCIA SEXUAL	SI	





E.S.E. Hospital Octavio Olivares

NIT. 890.985.810-5 Puerto Nare, Ant.

37	ATENCION DE VICTIMAS CON AGENTES QUIMICOS	SI	
38	CERTIFICADO GETION DEL DUELO	SI	
39	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	SI	
40	TRIAGE	SI	
41	CERTIFICADO DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE CON DENGUE OPS	SI	
42	HUMANIZACION EN SALUD	SI	
43	SEGURIDAD DEL PACIENTE	SI	
44	CODIGO ROJO	SI	
45	DETENCION TEMPRANA DE CACER INFANTIL		NO
46	CERTIFICADO EN IAMI	SI	
47	CERTIFICADO EN AIEPI	SI	
48	CERTIFICACIÓN VIGENTE DE APROBACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS ESENCIALES PARA EL CUIDADO DE LA DONANTE EXPEDIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SI	
49	CERTIFICADO DE IDONEIDAD	TENDRÁN UN COSTO DE \$3.500 QUE SERÁN CONSIGNADOS A LA CUENTA CORRIENTE DE BANCOLOMBIA NÚMERO: 25455518024 DE LA EMPRESA SOCIAL del ESTADO HOPSITAL OCTAVIO OLIVARES	SI
50	FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.		SI
51	FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.		SI
52	FORMATO DE COMPROMISO DE INTEGRIDAD.		SI
53	FORMATO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN		SI
54	FORMATO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.		SI
55	CERTIFICADO DE VINCULACIÓN SARLAF		SI
56	FORMATO DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERÉS		SI
57	FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS.		SI
58	FORMATO COMPROMISO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO		SI
59	FORMATO CODIGO DE INTEGRIDAD		SI
60	CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y DE EXPERIENCIA		SI

Después de haber analizado y revisado todos los documentos de la Propuesta presentada por **CARLOS ENRIQUE BARRERA ALZATE** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía





E.S.E. Hospital Octavio Olivares

NIT. 890.985.810-5 Puerto Nare, Ant.

No. 3.392.777 de Puerto Nare-ANT, quien actúa en nombre propio, se encontró que presenta todos los documentos requeridos para esta invitación.

Por lo tanto, se ajusta a las especificaciones requeridas y además es favorable para el Municipio, por lo que se acepta la propuesta presentada **CARLOS ENRIQUE BARRERA ALZATE** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 3.392.777 de Puerto Nare-ANT, quien actúa en nombre propio.

CIRO GÓMEZ BARRIOS
GERENTE E.S.E. HOSPITAL
OCTAVIO OLIVARES
CONTRATANTE



Puerto Nare, 01 ENERO de 2026

DOCTOR:

CIRO GOMEZ BARRIOS

GERENTE E.S.E. HOSPITAL OCTAVIO OLIVARES

Municipio de Puerto Nare – Antioquia

E. S. D.

ASUNTO:

“PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REMISIONES) PARA EL HOSPITAL OCTAVIO OLIVARES DEL MUNICIPIO DE PUERTO NARE Y SU CENTRO DE SALUD DE LA SIERRA PARA LA VIGENCIA 2026”,

En atención a la necesidad de una persona natural indispensable para la **“PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REMISIONES) PARA EL HOSPITAL OCTAVIO OLIVARES DEL MUNICIPIO DE PUERTO NARE Y SU CENTRO DE SALUD DE LA SIERRA PARA LA VIGENCIA 2026”**, me permito poner a consideración la siguiente propuesta:

ACTIVIDADES: Para garantizar el cumplimiento del objeto contractual se propone cumplir todas y cada una de las siguientes actividades:

1. Realizar traslado de pacientes, monitorear sus signos vitales y llevar a cabo la respectiva atención de acuerdo con los lineamientos que le prescriba el médico de turno.
2. Responsable y coordinador del funcionamiento de la ambulancia y sus insumos: Administración de medicamentos, registro de historia clínica, aseo de la unidad del paciente, inventario de medicamentos y carro de paros, esterilización de materiales.
3. Cumplir con normas de bioseguridad institucional, procedimientos y protocolos de enfermería establecidos en la E.S.E.
4. Realizar la entrega del paciente a la entidad correspondiente, diligenciando y haciendo firmar completamente todos los formatos o documentos que evidencien el traslado y entrega del usuario.
5. Elaborar, actualizar, rendir y/o reportar toda información relacionada al cargo en los diferentes formatos o Plataformas exigidos normativamente o por alguna entidad.
6. Responder por el inventario, materiales y equipos bajo su cargo y/o para el desarrollo de las actividades a realizar en la E.S.E.
7. Funciones en servicio de urgencia y otros servicios clínicos entre los traslados, según necesidades del establecimiento.
8. Las requeridas por la Gerencia o Subdirección Administrativas.

PLAZO:

El contrato a celebrar con ocasión del presente proceso de selección de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión tendrá un plazo de ejecución de SEIS (06) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

VALOR DEL CONTRATO:

El valor del contrato es de DIECISÉIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$ 16.200.000), a razón de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$2.700.000) RECURSOS PROVENIENTES DEL SGSSS – SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMA DE PAGO.

La ESE HOO pagará a EL CONTRATISTA el valor del respectivo contrato mediante actas parciales mensuales y/o un acta final, de acuerdo a la ejecución de las actividades contempladas en el objeto y alcance del contrato, previa revisión y aprobación de la Supervisión.

Para el pago a realizar el contratista deberá presentar los siguientes documentos:

- Informe de actividades donde se evidencie el cumplimiento del objeto contractual.
- Certificación del pago de Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo al formato establecido para el personal Contratista y adjuntar la Planilla de Seguridad Social, donde se identifique el IBC del mes cotizado y la acreditación del pago de los Aportes correspondientes a los Sistemas de Salud, Riesgos laborales y Pensiones, mes vencido de acuerdo con el Decreto 1273 del 23 de julio de 2018, en cumplimiento de los pagos de que trata el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 del Art. 2 de la Ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.

El pago de las obligaciones se consignará en la Corporación o Banco que el Contratista designe, mediante certificación bancaria, la cual debe contener el número, tipo de cuenta y el nombre de la Entidad Financiera donde serán girados los recursos o mediante cheque.

DOCUMENTOS A ANEXAR:

Con la propuesta remitida a su Despacho, se anexan los documentos relacionados a continuación.

- Propuesta
- Copia del RUT.
- Cédula de ciudadanía.
- Certificado de responsabilidad fiscal expedido por la Contraloría.
- Certificado de antecedentes expedido por la Procuraduría.
- Certificado de antecedentes judiciales.
- Certificado de antecedentes RNMC.

- Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM
- Hoja de vida diligenciada de la entidad en formato DAFR.
- Declaración Juramentada de Bienes y Rentas.
- Certificados de estudio.
- Certificados de Experiencia.
- Constancia afiliación de seguridad social.
- Examen preocupacional

Cordialmente:

Carlos Enrique Barrera Alzate

CARLOS ENRIQUE BARRERA ALZATE

C.C 3.392.777 de Puerto Nare - ANT