Ciudad y fecha	FLORENCIA, ENERO DE 2026
Lugar	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Hora	4:00 P.M.
Asunto	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS DE INTERESES DE SALUD PÚBLICA, ESPECÍFICAMENTE EN LAS ÁREAS DE SALUD MENTAL, (INTENTO DE SUICIDIO Y VIOLENCIA DE GÉNERO) LESIONES DE CAUSA EXTERNA Y FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL (ETA, COLERA, EDA, Y FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA), EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS, PROTOCOLOS Y DIRECTRICES ESTABLECIDOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), CIERRE PARÉNTESIS Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL AÑO 2026.
Valor	$ 16.000.000 M/CTE.

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

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

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES					
Carta de presentación de la propuesta										
Hoja de Vida en formato SIGEP debidamente diligenciada y validada			X		Código de Validación:					
Fotocopia del documento de identidad	X		X		CC	X	C		CE	
					No.	40.611.660				
Fotocopia título de formación exigido	X		X		Programa académico	SICOLOGA				
					Institución Educativa	UNAD				
					F/expedición	23/06/2007				
Fotocopia acta de grado	X		X		Acta de grado No.	2119				

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
					F/expedición: 23/06/2007
Fotocopia de la Tarjeta Profesional	X		X		No.: 126549
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		40.611.660-9
Certificado Paz y Salvo Municipal	X		X		12/12/2025
Certificaciones que acrediten experiencia	X		X		Presenta: Si X / No / Numero: 5
Certificaciones que acrediten formación exigida	X		X		Presenta: Si X / No / Numero: 13
Certificado de Salud Pre Ocupacional	X		X		Presenta: Si X / No / Fecha: 11/12/2025
Verificación de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. Vigente	X		X		F/Expedido: 11-12-2025 — Vigente: SI Registra inhabilidades o sanciones: Si / No X
Verificación de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República. Vigente	X		X		F/Expedido: 11-12-2025 — Vigente: SI Reportado como responsable fiscal: Si / No X
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente	X		X		F/Expedido: 11-12-2025 — Vigente: SI Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales: Si / No X
Verificación de certificado de medidas correctivas	X		X		F/Expedido: 11-12-2025 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	12	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
2022000000721	Ejecutar sus servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa, a través de la oficina del servicio de ciudadano. SAC, de acuerdo a la función de inspección, vigilancia y control de la Secretaría de salud departamental de Caquetá y con la finalidad del mejoramiento continuo de la prestación de servicios. De salud en esta jurisdicción de recursos, le recordó bobo responder a tramitar todas las peticiones, quejas, reclamos, denuncias que realicen las personas con ocasión al derecho fundamental a la salud, asimismo realizar el seguimiento de las acciones constitucionales que se presenten en contra de la Secretaría de salud departamental.	22	09	2022	30	12	2022	X				X			3	
831-2022	Prestar compra en autonomía técnica y administrativa de los servicios profesionales para liderar y orientar las funciones con los actores del sector salud a nivel territorial y para brindar el acompañamiento necesario en el marco del acceso a servicios de salud y mejoramiento de las condiciones de salud mental. De manera transversal en las rutas de reintegración, regular,	19	01	2022	16	12	2022	X				X			11	3

	especial atención diferencial GAO y la ruta de reincorporación y de acuerdo a los lineamientos definidos por la entidad.															
669-2021	Prestar con plena autonomía técnica y administrativa de los servicios profesionales, para liderar y orientar las acciones con los actores del sector salud a nivel territorial, y para brindar el acompañamiento necesario para el mejoramiento de las condiciones de salud física y mental de la población objeto de atención, de acuerdo a los lineamientos definidos por la entidad para la implementación de rutas de reintegración regular y especial. Y la ruta de reincorporación.	19	01	2021	17	12	2021	X				X			11	2
489-2020	prestar cumplen autonomía técnica y administrativa de los servicios profesionales para liderar y orientar las cuestiones en salud y brindar el acompañamiento y atención que requiera la población objeto de atención para el mejoramiento de sus condiciones de salud mental durante el desarrollo de las rutas de reintegración regular y especial y el proceso de reincorporación de acuerdo a los lineamientos definidos por la Entidad.	15	01	2020	18	12	2020	X				X			11	3
458-2019	Prestar compra en autonomía técnica y administrativa de los servicios profesionales para liderar acciones conducentes al mejoramiento de las condiciones de salud física y mental de la población objeto de atención en el desarrollo de la ruta de reintegración regular y específica y el proceso de reincorporación de acuerdo con los lineamientos definidos por la entidad.	15	01	2019	13	12	2019	X				X			10	28
TOTAL, TIEMPO DE EXPERIENCIA															**3 AÑOAS 9 MESES**	

TIEMPO: D=Día M=Mes A=Año **EXPERIENCIA:** G=General P=Profesional R=Relacionada D=Docente

RESULTADO, EXPERIENCIA TOTAL EN MESES:

GENERAL			RELACIONADA			DOCENTE		
TIEMPO	C	NC	TIEMPO	C	NC	TIEMPO	C	NC
3 AÑOAS 9 MESES	X		N/A			N/A	X	

C = Cumple NC = No Cumple

3. VERIFICACIÓN DE FORMACIÓN:

FORMACIÓN EXIGIDA	A	NA	C	NC	ENTIDAD CAPACITADORA	FECHA (DD/MMM/AAA)	INTENSIDAD HORARIA
SOCOLOGIA	x		x		UNAD	N/A	N/A

A= aplica NA = No Aplica C = cumple NC = No Cumple

4. VERIFICACIÓN PROPUESTA TÉCNICA Y ECONOMICA. A2. P05.F03

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 RODRÍGUEZ	Secretaría de Salud Municipal	