Villavicencio, 29 de julio de 2026

Señor(a)

Nombre completo del contratista:	**HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL DE ATENCION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE FUENTEDEORO**
Nit. o Numero del documento de Identificación:	822.001.570-3
Representante Legal:	**CLAUDIA MARCELA BAYONA RODRIGUEZ**
Número del documento de Identificación:	52.107.942
Dirección:	CARRERA 13 No 10-58 Barrio el centro
Correo Electrónico:	gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co
Teléfono Fijo - Móvil:	3504144036
Ciudad:	Municipio de fuentedeoro

El Departamento del Meta, en adelante EL DEPARTAMENTO, lo(a) invita a la celebración de un contrato de Prestación de Servicios y de apoyo a la Gestión cuyo objeto es: **DESARROLLAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC EN EL MARCO DE LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS ZONAS DE ORIENTACIÓN ESCOLAR ZOE Y LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA GEOHELMINTIASIS EN EL MUNICIPIO DE FUENTEDEORO DEPARTAMENTO DEL META.**

Las obligaciones a ejecutar para la consolidación del objeto contractual se encuentran enmarcadas dentro del estudio previo y sus anexos los cuales se encuentran publicados en la plataforma del Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP.

Con el fin de adelantar el proceso de contratación, EL DEPARTAMENTO le solicita los documentos relacionados a continuación:

No.	DOCUMENTO	APLICA	NO APLICA
1	Propuesta	X	
2	Certificado De Existencia Y Representación Legal Expedido Por Autoridad Competente.	X	
3	Copia Del Registro Único Tributario Rut, Vigente	X	
4	Acto Administrativo Y/O Decreto De Nombramiento Del Representante Legal Y Acta De Posesión.	X	
5	Documento De Identificación Del Representante Legal , (Copia De Ambas Caras Legibles)	X	
6	Aportar documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años). Este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.		X
7	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	

8	Certificado de antecedentes fiscales expedido por Contraloría General de la República inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o jurídica)	X	
9	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	
10	Certificación de antecedentes de delitos sexuales expedido por la Policía Nacional de Colombia. De acuerdo al Decreto 753 de 2019.	X	
11	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.	X	
12	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)		
13	Acreditar Estados Financieros Mediante Balances A Diciembre De 2025 Certificados Por El Contador O Revisor Fiscal.	X	
14	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	
15	Allegar Requisitos Del Decreto 4747 De 2007 Artículo 5.A, Los Cuales Serán Factor De Selección		
	a)Portafolio de servicios	X	
	b)Certificado del Registro Especial de Prestadores de servicios de salud.	X	
	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 ser atendida	X	
	d)Modelo de prestación de servicios definidos por el Prestador	X	
	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	
16	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	X	
17	Copia De Póliza De Responsabilidad Civil O Por Actividad Médica	X	
18	Hoja de Vida del Coordinador Pic: Experiencia General: Cuatro (4) Años de Experiencia Profesional. 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)** Certificación De Antecedentes Fiscales, Disciplinarios, Judiciales Y Del Sistema De Medidas Correctivas. 6) La Experiencia Específica Del Personal Se Deberá Acreditar Mediante Certificaciones. 7) Carta De Compromiso Del Personal Para Desarrollar El Contrato		
19	**EXPERIENCIA:** Certificados Y/O Actas De Liquidación Mediante Las Cuales Se Acredite La Experiencia Suscrito Con Una Entidad Territorial En El Marco Del Desarrollo De Actividades Del Programa De Intervenciones Colectivas. En Todo Caso Dicha Constancia Deberá Ser Emitida Por La Entidad Contratante.	X	

Presentación de la propuesta:
Los documentos solicitados deberán presentarse dentro de los **tres (3) días hábiles** siguientes al recibo de la presente invitación a través de la plataforma SECOP.

Dentro del contenido de la propuesta, el proveedor deberá manifestar, bajo la gravedad del juramento, que no se encuentra incurso en las causales de inhabilidad o incompatibilidad contenidas en el artículo 8° de la ley 80 de 1993 y los artículos 1°, 2°, 3° y 4° de la ley 1474 de 2011.

Además, deberá en caso de entrega de productos, incluir un plan de inversión del presupuesto asignado para el proceso contractual. (excepto los contratos por el rubro de funcionamiento)

Finalmente, es importante resaltar que el futuro contrato no implica relación, subordinación o dependencia laboral de ninguna índole entre el Departamento y el contratista, en consecuencia, tampoco se generará ningún pago de prestaciones sociales.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	**ANA ZENIT ARGOTE PEREZ**
Cargo:	Secretaria de Salud del Meta
	ORDENADORA DEL GASTO

Firma:		Firma:		Firma:	
Nombre:	NIEVES NOVOAPEÑA	Nombre:	**YOVIR ALBERTO MONROY PALACIO**	Nombre:	**ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ**
Cargo:	Técnico Grado 04	Cargo:	Abogado Especialista	Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención
Proyectó		Revisó		Aprobó	