LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL META

Verificación de Idoneidad o Experiencia
Artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015

OBJETO DEL CONTRATO A CELEBRARSE: 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

Perfil Requerido

Idoneidad (Formación Académica): "El prestador está inscrito en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud y declara los servicios de acuerdo a la modalidad y complejidad contratada, según Certificación expedida por la Secretaría de Salud de los servicios habilitados" **según Decreto 078 del 28 de junio de 2004**

Perfil del proveedor

Nombre: **HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL DE ATENCION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE FUENTEDEORO.** /Número de Identificación: **822.001.570-3** Representante Legal: **CLAUDIA MARCELA BAYONA RODRIGUEZ** / Documento de Identificación: **52.107.942**

a. **Experiencia**

ENTIDAD	CARGO	SOPORTE	INICIO	FIN	AÑOS	MESES	DIAS
DEPARTAMENTO DEL META	Contratación	Certificación	05/04/2024	4/12/2024	0	8	0
DEPARTAMENTO DEL META	Contratación	Certificación	08/12/2020	7/11/2025	0	8	0
DEPARTAMENTO DEL META	Contratación	Certificación	07/04/2021	06/12/2021	0	8	0
TOTAL EXPERIENCIA					**2 AÑOS**		

b. Que el objeto social se ajusta al objeto a contratar.
c. Que el proveedor tiene el respaldo financiero necesario para ejecutar el presente proceso.
d. Que el proveedor no tiene vigentes sanciones por parte de los organismos de control.

En mérito de lo expuesto,

CERTIFICA

Qué la **HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL DE ATENCION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE FUENTEDEORO** identificado (a) tributariamente con el NIT. N° 900.077.520-4 representada legalmente por **CLAUDIA MARCELA BAYONA RODRIGUEZ** identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **52.107.942**

Cuyo objeto social es: **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPS**, según consta en el certificado de existencia y representación legal

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 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 la **HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL DE ATENCION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE FUENTEDEORO** Presento los documentos siguientes requeridos, con el que se anexa los siguientes documentos:

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 2024 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	**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	
19	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		

Se expide, en Villavicencio a los 31 JUL 2026

Firma:		Firma:		Firma:	
Nombre:	**NIEVES NOVOA PEÑA**	**Nombre:**	**YOVIR ALBERTO MONROY PALACIO**	**Nombre:**	**ANA ZENIT ARGOTE PEREZ**
Cargo:	Técnico Grado 04	Cargo:	Abogado Especialista	Cargo:	Secretaria de salud del Meta
Proyectó		Reviso		Aprobó	